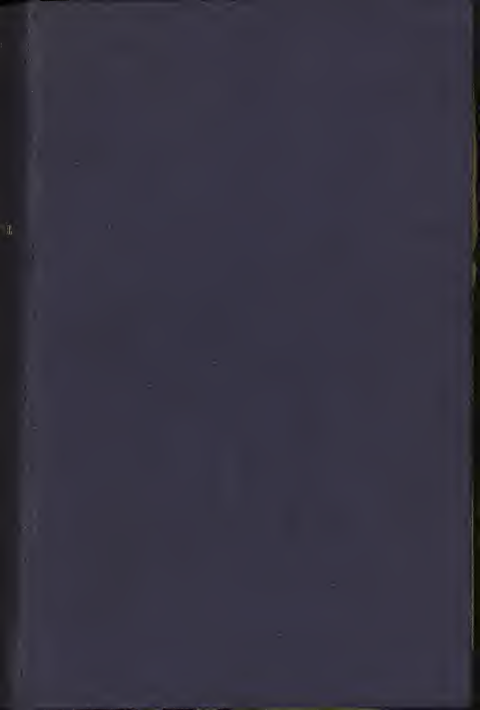








BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE VARIÉE

LES

DÉSÉQUILIBRÉS DU VENTRE

L'ENTÉROPTOSE

OU

MALADIE DE GLÉNARD

PAR

LE Dr A. MONTEUUIS
de Dunkerque

INTRODUCTION PAR LE Dr FR. GLÉNARD

Seconde édition augmentée.



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain

1897

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE VARIÉE

LES DÉSÉQUILIBRÉS DU VENTRE

L'ENTÉROPTOSE

OU

MALADIE DE GLÉNARD

PUBLICATIONS DU MÊME AUTEUR

De la fièvre et des Antipyrétiques nouveaux dans les Maladies des Enfants; 1886, in-8°.

Nouvel Appareil à extension continue pour le Traitement des fractures de cuisse et de la coxalgie; 1887, in-8°.

Zona Crural et Cervico-Brachial (*Journal des sciences médicales de Lille*, 8 février 1889).

Hernie labiale antérieure (*Journal des sciences médicales de Lille*, juin 1889).

Un cas de Tétanie, Traitemeut par l'antipyrine (*Journal des sciences médicales de Lille*, juin 1889).

Amputation de cuisse chez un vieillard de soixante-quinze ans, atteint d'un ostéo-sarcome datant de trois ans (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1889).

Les Enfants aux bains de mer, 1 vol. in-16 de 150 pages (*Bibliothèque médicale*, J.-B. Baillière et fils), 2 fr.

De l'Hypertrophie des Amygdales (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1890).

Guide de la Garde-Malade, 1 vol. de 170 pages (*Bibliothèque médicale*, J.-B. Baillière et fils), 2 fr.

ANGERS, IMP. BURDIN ET Cie, 4, RUE GARNIER.

LES

DÉSÉQUILIBRÉS DU VENTRE

L'ENTÉROPTOSE

OU

MALADIE DE GLÉNARD

PAR

LE Dr A. MONTEUUIS

de Dunkerque

INTRODUCTION PAR LE Dr FR. GLÉNARD

Seconde édition augmentée.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain

1897

INTRODUCTION

M. le docteur Monteuuis, qui exerce avec distinction la médecine dans une de nos villes du Nord, vint, il y a quelques années, à Vichy pour l'un des siens dont la santé réclamait un traitement à cette station thermale. Nous entrâmes en relation, et bientôt causâmes Entéroptose. Il me fit part des succès qu'il avait obtenus dans sa pratique par l'application de mes idées, qu'il connaissait fort bien du reste, ainsi que je ne tardai pas à m'en convaincre auprès des malades que nous suivîmes ensemble. Son projet était de consacrer une publication pratique à l'étude de cette maladie, il voulut bien me demander mon avis et, le cas échéant, mon concours.

La notion de l'Entéroptose soulève les questions les plus ardues de la pathologie générale. L'auteur qui, avant de présenter le tableau de cette maladie sous sa forme didactique, voudrait avoir résolu toutes ces questions, risquerait bien d'épuiser en vain ses efforts. Parmi ces questions, il en est une au moins qu'à mon avis il importe de résoudre avant d'aller plus loin, c'est celle des rapports de l'Entéroptose avec les maladies du foie ; la solution de cette question, que je crois pouvoir bientôt présenter, a seule retardé jusqu'à ce jour la publication d'un nouveau travail que j'ai consacré à l'Entéroptose. Mais en attendant, comme il y a des malades qui souffrent,

et que le rôle du médecin est de les soulager, il faut incessamment « mettre au point » et soumettre aux médecins les enseignements pratiques qui se dégagent, avant même que la formule soit définitive, de chaque progrès dans la solution du problème nosographique.

C'est ce que voulait faire et ce qu'a si bien fait le Dr Monteuuis, de Dunkerque : mise au point et côté pratique de la question. Il est certain que ma collaboration assurait à son œuvre, sans lui rien enlever de sa valeur de contrôle, la garantie de maturité que donnent la discussion et l'épreuve du temps; il pouvait ne pas être inutile, d'un autre côté, que ma collaboration attestât, non seulement l'uniformité de vue de deux auteurs ayant observé isolément, mais encore une interprétation et une mise au point de la doctrine, conformes aux idées de celui qui l'avait le premier proposée. Cette *introduction* que le Dr Monteuuis a bien voulu me demander, aura rempli son but en fournissant cette attestation et en me donnant l'occasion d'insister sur quelques-uns des points parmi ceux qui me paraissent le plus dignes d'attention.

L'Entéroptose n'est pas l'expression d'une théorie générale de la dyspepsie ou de la neurasthénie pouvant être mise en parallèle, comme on l'a fait, soit avec la théorie de la Dilatation de l'estomac, soit avec la théorie de l'Épuisement nerveux. On ne doit pas davantage la considérer comme la variété d'une prétendue dyspepsie essentielle, ou d'une neurasthénie dite primitive. Ce n'est pas non plus une maladie de l'estomac ou de l'intestin. L'Entéroptose est une maladie qui revêt l'allure tantôt de la dyspepsie, tantôt de la névropathie, tantôt de

la lithiase biliaire ; elle a pour caractère essentiel une splanchnoptose plus ou moins générale, plus ou moins accentuée ; elle présente ce signe d'identité, qui lui est exclusif, d'exiger, pour être combattue avec succès, l'intervention simultanée de quatre agents thérapeutiques fondamentaux : Sangle, laxatifs, alcalins, régime carné.

La description de l'Entéroptose doit avoir sa place dans tous les travaux qui traitent soit des dyspepsies, soit des névropathies, soit de la lithiase biliaire, soit des maladies de l'estomac, ou de l'intestin. Mais cette place, qui lui a été généralement accordée, doit être restreinte, dans l'étude de ces maladies, au chapitre du diagnostic différentiel.

D'après la définition qui précède, l'Entéroptose est bien une maladie à part, réclamant un cadre spécial dans la nosologie.

Personne ne contestera que, de toutes les sciences, la Nosologie ne soit la moins avancée. La preuve immédiate s'en trouve dans le grand nombre d'états morbides qu'on n'a pu encore parvenir à classer.

A ce point de vue la notion de l'Entéroptose, dont la portée pratique ne saurait être contestée, puisqu'elle comporte une intervention thérapeutique efficace, là où il n'y avait qu'obscurité et tâtonnements infructueux, la notion de l'Entéroptose a une valeur doctrinale que met bien en relief l'histoire de sa conception.

Cette notion avait pu, jusqu'à ces derniers temps, échapper à l'analyse clinique par la faute du principe même qui préside encore aujourd'hui à la classification des maladies non encore déterminées. Ce principe, arbitraire et faux, est celui qui, dans la hiérarchie des grandes fonctions de l'organisme

chez l'homme, place en première ligne la fonction des centres nerveux ; c'est ce même principe qui, dans la hiérarchie des diverses fonctions de l'appareil digestif, place en première ligne les fonctions de l'estomac. Partant de ce principe, tout symptôme inexpliqué devient symptôme nerveux, et toute maladie à symptômes dits nerveux devient névropathie primitive, comme la Neurasthénie par exemple ; de même, tout symptôme dyspeptique inexpliqué devient symptôme gastrique, et toute maladie indéterminée à symptômes dits gastriques, devient maladie d'estomac primitive, comme la Dilatation d'estomac, par exemple, dans son acception actuelle, comme les « Dyschlorhydries » variées, sur l'étude desquelles tant d'efforts s'accumulent chaque jour.

Mais si l'on veut bien reconnaître ce que ce principe a de conventionnel ; si l'on veut bien se convaincre que l'appareil digestif est la base de toute vie dans l'échelle des êtres, tandis que les centres nerveux ne sont qu'un appareil de perfectionnement ; si enfin l'on veut se rendre compte que l'estomac n'est qu'une infime partie de l'appareil digestif, et qu'en fait, la digestion gastrique n'est qu'un acte préparatoire de l'absorption ; alors, on se résignera à recommencer l'enquête d'après une orientation nouvelle, plus conforme aux lois biologiques, et l'on aura chance de trouver enfin, et à la satisfaction de la clinique, la cause au symptôme, la localisation à la maladie, l'élément naturel de classification aux affections indéterminées ou artificiellement classées.

Le principe de la subordination des fonctions est, en dehors de la notion étiologique qui prime tout, celui qui doit présider à la classification

nosologique, lorsque la localisation est indécise ; cette subordination doit être établie d'après les lois générales de la biologie.

En vertu de ce principe, on ne concluera, dans les maladies indéterminées, à une névropathie primitive, qu'après avoir éliminé l'affection digestive ; et, dans les affections digestives indéterminées, à une maladie d'estomac, qu'après avoir éliminé l'affection de ceux des autres organes de l'appareil digestif qui peuvent avoir un rang hiérarchique plus élevé.

L'application de ce principe conduit à la notion de l'Entéroptose et découvre successivement, dans certains cas de maladies indéterminées, considérées jusque-là comme des névropathies primitives ou des dyspepsies essentielles :

a) Les caractères qu'on doit considérer comme des stigmates dyspeptiques (périodicité quotidienne ou quotinocturne des malaises, troubles du sommeil ; irrégularité des garde-robes) ;

b) L'existence constante de ces caractères dans les névropathies ;

c) A l'aide de procédés nouveaux de palpation (procédés du glissement, du pincement, procédé du pouce), des signes objectifs tels que :

Le gargouillement gastrique ;

La sténose des divers segments du colon ;

Les quatre degrés de mobilité du rein et l'extrême fréquence de cette mobilité ;

Les types nouveaux de foie déformé, abaissé, sensible sans hypertrophie, foie à ressaut.

Puis la confrontation des symptômes névropathiques ou dyspeptiques avec les signes objectifs, qui jusque-là s'étaient dissimulés au clinicien, amène graduellement :

a) A saisir la véritable symptomatologie de la mobilité du rein ;

b) A vérifier que cette symptomatologie peut exister dans des cas ou le rein n'est pas mobile;

c) A se rendre compte que cette symptomatologie de rein mobile est d'origine digestive et en particulier intestinale ;

d) A abstraire, des signes de gargouillement gastrique, de sténose intestinale, de mobilité du rein, de déformation du foie, le caractère de « PTOSE ».

e) Et enfin, à conclure, par l'analyse de l'action de la sangle hypogastrique, des symptômes qui en motivent l'application, des indications qui existent simultanément, de l'ordre de succession et du degré de constance des signes objectifs, à l'importance pathogénique prépondérante de la ptose intestinale, de l'ENTÉROPTOSE.

Le principe qui conduit à dépister l'affection digestive sous un syndrôme nerveux, à dépister l'affection intestinale sous un syndrôme gastrique, est indispensable à connaître pour le diagnostic de l'Entéroptose. C'est ce même principe qui permettra de dépister l'affection hépatique sous les maladies gastro-intestinales et obligera le nosologiste à relier par le foie l'Entéroptose aux autres maladies de la nutrition.

L'Entéroptose peut, en effet, revêtir l'allure de ce que l'on appelle, de nos jours, une « maladie de la nutrition », comme le sont, par exemple, la lithiase biliaire ou la gravelle, mais il s'agit alors de l'Entéroptose à sa période d'état.

L'évolution de l'Entéroptose comprend trois périodes qui jusque-là étaient considérées comme trois maladies différentes : la période gastrique qui était

classée parmi les dyspepsies ou les maladies d'estomac ou déjà le nervosisme (formes dyspeptique, entasique); la période mésogastrique que l'on considérait comme une névropathie ou une lithiase biliaire (formes asthénique, névropathique) ; enfin, la période neurasthénique qui défiait tout diagnostic.

C'est à partir de la seconde période ou période d'état que l'Entéroptose devient une « maladie de la nutrition », et le passage de la première à la seconde période se manifeste d'une façon évidente par l'entrée du foie dans le concert pathogénique; Ici, l'Entéroptose a été primitive, l'affection du foie secondaire, puis est survenue la maladie de la nutrition. Mais la clinique apprend qu'il est des maladies de foie d'origine toute différente (impaludisme, « émotisme », alcoolisme, « puerpérisme » etc.), pouvant engendrer de toutes pièces l'Entéroptose, qui se trouve ainsi d'emblée à sa période d'état. Cette observation est du plus haut intérêt au point de vue de la théorie des maladies de la nutrition; on doit l'avoir, en tous cas, présente à l'esprit, lorsqu'il s'agit de discerner les variétés de l'Entéroptose et de poser les indications qui sont spéciales à chacune d'entre elles.

Les échecs dans le traitement de cette maladie ont pour principale origine l'omission, dans l'enquête anamnestique, des moments étiologiques ou des épisodes morbides qui fixent le médecin sur la nature réelle d'une maladie et, par conséquent, sur les indications spéciales auxquelles doit répondre la thérapeutique dans chaque cas.

Le chapitre du diagnostic différentiel de l'Entéroptose est de tous le plus compliqué. Il ne peut être

achevé tant qu'on ne reconnaîtra pas à fond les trois maladies avec lesquelles l'Entéroptose a, jusqu'ici, été confondue, et sous lesquelles il faut toujours la chercher, la dyspepsie, la neurasthénie, la lithiase biliaire. Le nom dont on se sert pour désigner les deux premières de ces maladies prouve assez quelle obscurité en couvre les innombrables formes. Quant à la dernière, malgré la précision du terme qui la distingue, qui oserait soutenir que le domaine de la lithiase biliaire soit bien connu? N'est-ce pas chaque jour que l'on voit des malades, classés jusque-là soit dans la dyspepsie, soit dans la névropathie (toujours ces deux vagues abstractions symptomatiques!) prendre brusquement une crise hépatique? Est-ce que cela ne prouve pas que les diagnostics précédents étaient erronés et que l'on n'avait pas su déceler, sous l'apparence dyspeptique ou névropathique, la maladie de foie dont la crise vient brusquement trahir l'existence et l'ancienneté?

Il en est du reste de même pour l'Entéroptose que pour tout autre maladie de la nutrition : c'est à la période de début que le diagnostic est le plus difficile à porter, à cette période où les signes objectifs ne sont pas encore dessinés, où l'on n'a, pour se guider, que les symptômes subjectifs et l'étiologie. Combien pourtant à cette période le diagnostic ne rendrait-il pas service? Il permettrait d'enrayer la maladie, il empêcherait, s'il s'agit d'une Entéroptose primitive, un trouble encore local d'engendrer, en perturbant le foie, une maladie générale, une « maladie de la nutrition ». L'utilité d'un diagnostic précoce, si évidente pour l'Entéroptose primitive, ne l'est pas moins pour l'Entéroptose secondaire. Le diagnostic précoce de l'affection du foie, lorsque cette affection du foie est primitive,

permet de s'opposer à l'éclosion des maladies — et de l'Entéroptose secondaire comme des autres maladies de la nutrition, — que cette affection du foie couve, pour ainsi dire, et qu'il est aussi difficile de combattre lorsqu'elles sont arrivées à maturité, qu'il est aisé de les prévenir lorsqu'elles ont été soupçonnées à temps.

Ce qu'il importe de savoir c'est que le malade est entéroptosique déjà avant de présenter les signes objectifs caractéristiques de son Entéroptose, de même, par exemple, qu'il est diabétique avant d'avoir de la glycosurie, ou lithiasique avant d'avoir les coliques spécifiques de la lithiase. C'est cette période prodromique qu'il faut s'attacher à démasquer à travers les complexus symptomatiques où, jusqu'à présent, une analyse insuffisamment méthodique n'avait encore vu que du « dysneurisme » ou de la « dyschlorhydrie gastrique ».

Le traitement de l'Entéroptose exige de la part du médecin, ou exigeait du moins en 1885 à l'époque où j'ai formulé ce traitement, le sacrifice de bien des notions qui lui sont chères, parce que, pour notre génération du moins, elles font partie du legs de nos devanciers : il avait appris qu'il est inutile de s'occuper de l'appareil digestif dans les névropathies, qu'il est superflu de s'occuper du foie ou de l'intestin dans les dyspepsies, que dans l'une ou l'autre de ces maladies l'exploration abdominale n'est qu'un « exercice de distraction » (Vinay), puisqu'elle ne peut, croit-il, rien lui apprendre; on lui a enseigné que le symptôme « faiblesse », symptôme cardinal de l'Entéroptose, indique le quinquina, le fer, les vins pharmaceutiques, et, s'il s'agit d'une femme, le traitement de la matrice malade; que le symptôme

gastralgie indique l'opium et la diète lactée ; que faiblesse, gastralgie contr'indiquent les laxatifs ; que l'insomnie indique le bromure ou le chloral, etc.

Pour traiter l'Entéroptose, le médecin devra sacrifier tous ces enseignements, car ils ne s'appliquent plus à cette maladie ; il devra savoir que le régime ne doit plus avoir pour base l' « aliment qui passe le mieux » ou celui qui « rafraîchit » le plus, ou encore qui est le plus « léger », mais que les règles en sont précises et dictées, non par le malade mais par la maladie, et, diversement, par chaque phase de la maladie.

Il devra, s'il ose, dominant les terreurs de toute une École à l'égard des laxatifs quotidiens indispensables dans l'Entéroptose ; il devra, s'il ose recourir à cette pratique bienfaisante, s'assurer que l'indication est remplie par ses prescriptions. Beaucoup croient avoir fait un suprême effort en prescrivant le laxatif ; ils ne vérifient pas que les effets en sont quelquefois nuls, et ils ne remarquent pas qu'il s'agissait, non de donner un laxatif au malade, mais d'obtenir à l'aide de ce laxatif des évacuations suffisantes. Ils ne changent ni le remède, ni la méthode d'administrer. Au moindre malaise, ils abandonnent et les laxatifs et l'indication qui les avait fait formuler. De même dirai-je pour la sangle : qu'importe le modèle, pourvu qu'il remplisse l'indication, le meilleur est celui qui la remplira le mieux et le plus simplement ; de même, enfin, pour les autres indications ; une fois relevées, il faut qu'il y soit répondu ; le nombre en sera d'autant plus limité que l'analyse de l'Entéroptose apprend précisément quelles sont, parmi ces indications, celles fondamentales dont dépendent les autres : *ars totain indicationibus... subordinatis*, dit excellemment Mon-

teuuis pour traduire d'un mot la conviction que je défends, montrant ainsi qu'avec de bonne pathogénie on fait de bonne nosologie ; pour faire de bonne thérapeutique, il faut encore ajouter... *et perquisitis*; il faut que les indications soient remplies, poursuivies, annulées.

C'est l'étude approfondie des moyens de remplir ces indications qui constitue le côté pratique du livre de M. Monteuuis, dont un tiers est consacré au traitement.

La bibliographie de l'Entéroptose est déjà très riche. Il n'est pas de chapitre de cette maladie qui ne compte à son actif de nombreux travaux dont quelques-uns signés par les noms les plus éminents. Il me suffira de citer, entre autres, ceux de Féréol, Trastour, Guyon, Grasset, de Sanctis, Ewald, Roux de Lausanne, Thiriar, Dujardin-Beaumetz, Bouveret, Auvard, Mathieu, Blocq, Debierre, Cuilleret, Tuffier, Coutaret, Ott, Einhorn, Obrastzow, Krez, Hufschmidt, Hecker, Cséri, Poltowicz, etc. Pourtant le diagnostic est souvent méconnu et, dans le cas où il est posé, souvent encore les résultats du traitement sont une cause de déception. Il importait donc, d'un côté, d'insister encore sur la méthode qui doit présider à l'enquête diagnostique, sur la variété d'aspect que peut présenter la maladie suivant ses phases et suivant ses causes; il importait de multiplier les observations comme autant d'exemples des pièges que la pratique tend au clinicien; mais il importait surtout aussi, de revenir à nouveau sur les indications thérapeutiques telles qu'elles résultent, ainsi que je les

ai posées, soit de l'interprétation pathogénique, soit de la constatation des moyens empiriquement les plus efficaces dans le traitement de l'Entéroptose.

L'Entéroptose est une « maladie de tous les jours ». La méconnaissance du diagnostic, les hésitations du traitement céderont lorsqu'on aura lu ce livre, écrit par un observateur convaincu, indépendant, ne pouvant avoir d'autre motif, pour s'être imposé un tel travail, que celui de faire partager sa conviction, c'est-à-dire de rendre service aux malades et aux médecins. Il faut avouer que c'est là un bel argument à ajouter à ceux d'ordre clinique qui ont forcé les cadres de la nosologie à s'écarter pour faire place à l'Entéroptose.

Cet argument entraînera les retardataires. Pendant que, d'un côté, la pratique se répandra sous l'influence de la « propagande du fait », de l'autre, et j'espère pouvoir bientôt le prouver, la doctrine sera assez solidement assise pour rallier les plus rebelles et s'imposer aux plus indifférents.

Vichy, 10 *octobre* 1893.

Frantz GLÉNARD.

LES DÉSÉQUILIBRÉS DU VENTRE

L'ENTÉROPTOSE OU MALADIE DE GLÉNARD

PRÉAMBULE

Parmi les malades classés dans la grande catégorie des incurables, ou du moins, parmi ceux vis-à-vis desquels le médecin avoue son impuissance, leur laissant comme fiche de consolation « que la maladie s'usera avec le temps, » il en est un certain nombre dont l'histoire, bien simple d'ailleurs, est à peu près la suivante.

Depuis des années ils sont entre les mains des médecins, et les médecins ne comprennent rien à leurs misères. Les pauvres malheureux se plaignent de fatigue générale, de troubles digestifs, de céphalalgie, de vertiges, d'insomnie, de tristesse, d'irritabilité, de douleurs diverses, et des symptômes nerveux les plus variés.

Ce qui les frappe et les inquiète le plus, c'est la *lassitude* extrême, la sensation de *faiblesse* générale, de délabrement qu'ils éprouvent d'une façon presque constante, surtout à leur lever, et qu'ils sentent encore s'accroître vers 2 ou 3 heures du soir.

Ce qui les tourmente encore, ce sont leurs « *mauvaises digestions.* »

Parfois sans doute, ce n'est qu'une « paresse d'estomac, » dont ils atténuent les douloureux effets à force de précautions et de privations. Mais, le plus souvent, quand la maladie n'est pas trop ancienne, les troubles digestifs sont autrement prononcés.

Ce sont des aigreurs, des gonflements au creux épigastrique, une sensation de pesanteur ou de fausse-faim, qui reviennent périodiquement deux heures à deux heures et demie après le repas, qui s'accompagnent, disent les malades, « de douleurs entre l'estomac et le ventre, » et qui augmentent encore leur lassitude habituelle et leurs autres souffrances.

Le malade se surveille, diminue son alimentation, et souffre néanmoins. Malgré les soins qu'il prend, et le régime qu'il suit pour ses maux d'estomac, chose au moins bizarre, il n'appelle guère l'attention sur ses fonctions digestives. L'habitude de mal digérer est devenue chez lui une seconde nature, et souvent il ne fait pas plus mention de ses troubles digestifs, que de sa constipation dont il ne se préoccupe pas parceque, dit-il « il mange si peu. »

Ses préoccupations, ses soins sont ailleurs. Il est tout absorbé par son *état général.*

Toutes ses paroles, toutes ses plaintes fixent l'attention sur ses insomnies, son irritabilité, ses changements d'idées, son découragement, sa mélancolie.

Mais, ce n'est pas seulement du côté psychique que le malade éprouve des ennuis. Il se frappe également de la perte de poids du corps et d'une notable diminution de vigueur. La perte de poids atteint parfois des proportions alarmantes.

Cet état dure ainsi toute une existence avec des

variations, c'est-à-dire des alternatives d'amélioration et d'aggravation qu'on ne peut s'expliquer. Il reste parfois stationnaire sans jamais s'accentuer. Le plus souvent pourtant il se complique encore des symptômes nerveux et neurasthéniques les plus variés.

Ce sont tantôt des migraines à répétition ou des céphalalgies continuelles, tantôt des vertiges, des tintements d'oreille.

C'est encore une sensibilité particulière aux perturbations atmosphériques, une insomnie tenace, ou bien, une désespérante irritabilité, de l'hypocondrie, une faiblesse extrême, et souvent, plusieurs de ces troubles nerveux à la fois.

Les synonymes [1] du mot *neurasthénie* peuvent tous figurer ici : c'est ce qui explique la variété des diagnostics qui sont portés.

Le malade ne rattache point cet état à d'autres causes que l'anémie, les soucis, les fatigues, son tempérament nerveux, ou, comme il le dit souvent, il n'en voit aucune à mettre en avant.

1. *Synonymes :* Cachexie nerveuse; dyspepsie nerveuse; maux de nerfs; diathèse nerveuse; marasme nerveux; vapeurs; affection vaporeuse (Pomme); hystérisme ou hystéricisme (Louzer Villermay); surexcitation nerveuse; névrose protéiforme (Cerise); névrothénie; neurasthénie (Beard, Rockwell, Erb); faiblesse nerveuse; faiblesse irritable du système nerveux; fièvre nerveuse; hyperesthénie générale (Monneret); névralgie générale (Valleix); forme dépressive de l'irritation spinale (Rosenthal); névropathie; névropathie aiguë cérébro-pneumogastrique (Girard); névropathie aiguë cérébro-cardiaque (Krishaber); maladie cérébrogastrique (Leven); nervosité; névrospasmie (Brachet); nervosisme (Bouchut); état nerveux (Sandras); maladie nerveuse (Brochin); névropathie arthritique (Huchard); neurasthénie sexuelle, gastrique (Beard); neurasthénie par épuisement nerveux (Weir Mitchell); neurasthénie (Arndt). C'est ce que M. Glénard désigne en bloc sous le terme plus large de « *dysneurisme* » qu'il croit d'ailleurs toujours symptomatique.

La maladie a défié et défie tous les efforts thérapeutiques. L'histoire des consultations successives données par les médecins n'est pas moins instructive que l'histoire des malades. En présence de cette symptomatologie qui défie tous les diagnostics classiques, les médecins diagnostiquent au début, les uns une dyspepsie ou une dilatation d'estomac, les autres une anémie dont ils ne voient pas la cause. Plus souvent encore, ils mettent en avant l'idée d'une affection utérine en supposant qu'un accouchement a pu être l'origine des accidents; mais, même quand ils admettent une origine puerpérale, ils ont beau fouiller le passé et le présent pathologiques de la malade, ils ont beau interroger leurs classiques, ils ne voient pas d'autre façon d'interprèter cette affection que de dire « suites de couches » sans mieux caractériser.

Avec le temps, et en face de l'impuissance du traitement, ils modifient leur opinion; ils parlent de consomption lente, d'hypochondrie, d'affection de la mœlle, d'hystérie ou d'accidents névropathiques. Plus souvent encore les mots de neurasthénie ou de névrose ont été mis en avant, parceque, dans l'esprit du public, comme des médecins, ces deux termes, mal déterminés d'ailleurs, sont à la fois une explication de la physionomie bizarre de la maladie une cause de la névropathie (faiblesse nerveuse primitive) et une justification de l'impuissance de leurs traitements.

Le malade, toujours pratique, tire lui-même la conclusion de cet état d'esprit des médecins et du résultat des traitements successifs qu'il a subis.

Instruit par le temps et la variété des diagnostics, il prend son parti, et, après s'être toutefois adressé encore aux empiriques, il ne consulte plus. De son

propre chef, il continue le régime qu'il s'est fait à lui-même, et qu'il juge le plus compatible avec l'état de son estomac. Il renonce à ses occupations, fatigue le moins possible, vit des années et encore des années, et, dans sa douce philosophie, finit encore par s'estimer relativement heureux, d'avoir trouvé ce *modus vivendi* auquel il attribue la conservation de l'existence.

La pratique serait trop simple, si l'on pouvait dire que tous les malades, dont l'affection répond à cette esquisse, sont des neurasthéniques essentiels, ou bien, des sujets atteints de la maladie de Glénard ou entéroptose.

On peut cependant affirmer que :

Bon nombre de ces sujets sont entéroptosiques, et que ces incurables, atteints d'entéroptose, peuvent guérir par le traitement de cette maladie.

Du fait de sa pathogénie et de ses causes, de sa physionomie particulière, de son traitement comme de sa curabilité aujourd'hui indiscutable, l'entéroptose est une entité morbide qui doit entrer dans le cadre des affections classiques.

Elle y a d'autant plus sa place que c'est une affection vraiment fréquente, et que le praticien doit la connaître pour pouvoir, dans sa clientèle journalière, en faire le diagnostic différentiel et en poser les indications.

« L'œuvre de Beard sur la neurasthénie, commencée par des *Notes and Papers* en 1868, a mis, comme l'observe Levillain, plus de vingt ans à pénétrer et à s'installer définitivement dans le domaine classique de la neuropathologie[1] ».

L'œuvre de Glénard, non moins originale et

1. Levillain, *La neurasthénie*, *Maladie de Beard*. Paris, 1891.

plus féconde encore en résultats pratiques, semble éprouver la même lenteur à prendre place dans le cadre de nos connaissances positives.

En faisant ce travail, notre but est de contribuer à faire connaître et à répandre les travaux du médecin de Lyon, de signaler les erreurs qui ont cours sur sa doctrine, et surtout d'appeler au plus tôt les recherches et les études de contrôle qui assurent à l'entéroptose le rang qu'elle doit définitivement occuper dans la pratique journalière.

Facta sunt potentiora verbis.

Depuis longtemps, partisans et adversaires des idées de Glénard réclament instamment des faits, voulant en dernière analyse, les uns s'appuyer sur une observation plus large, les autres ne s'en rapporter qu'aux conclusions décisives qui s'en dégagent. Les faits, je les livrerai avec leur éloquence habituelle. Un petit nombre se trouve dans les trois premières parties de notre travail ; le grand nombre constitue à lui seul presque toute la quatrième.

Notre pratique personnelle ne pouvait suffire à les fournir assez nombreux pour former la dernière partie de cette étude. Nous pouvions le faire d'autant moins que nous avions dispersé dans le cours de notre travail une partie de nos observations, leur donnant ainsi une place en rapport avec les enseignements que chacune d'elles comporte. A cette situation, il fallait une solution.

Dans le cours d'un voyage que nous avons fait à Vichy, nous sommes entré en relation avec le docteur Glénard. Lorsqu'il eut connaissance de notre projet, il nous encouragea à y donner suite ; il se prêta de fort bonne grâce à nous fournir les éléments qui nous faisaient défaut.

Non content de nous donner de nombreuses ob-

servations, il a bien voulu nous éclairer de ses conseils et de sa vaste expérience. Nous lui en exprimons toute notre gratitude.

A ces documents inédits, nous en avons ajouté d'autres non moins remarquables ni moins probants, tirés de notre pratique personnelle et des travaux antérieurs au nôtre.

Riche du bien d'autrui encore plus que du nôtre, nous sommes arrivé ainsi, croyons-nous, à réunir des matériaux suffisants pour forcer la conviction relativement à la haute portée clinique des idées que nous défendons.

A mon excellent confrère, le docteur Bruyelle, (de Cambrai) mes remerciements les plus vifs pour le zèle amical et les soins éclairés qu'il a apportés à revoir mon manuscrit.

PREMIÈRE PARTIE

ÉVOLUTION, MARCHE, FORMES CLINIQUES

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET PATHOGÉNIE

Le sujet de ce livre est une maladie caractérisée anatomiquement par le prolapsus de l'intestin. A l'état normal, le péritoine est, suivant le mot imagé d'Auvard, « le porte-manteau des organes abdominaux; il les fixe tous plus ou moins en arrière à la colonne vertébrale. Qu'une cause quelconque amène l'affaiblissement et le relâchement de la séreuse, immédiatement le désordre succède à l'état normal, les organes flottent à la dérive et s'abaissent sous l'influence de la pesanteur comme le feraient les vêtements dans une garde-robe si on enlevait les patères qui les soutiennent »[1]; en d'autres termes, le prolapsus est constitué.

Ce prolapsus, on le comprend, ne se limite pas systématiquement à l'intestin; il atteint également l'estomac, le rein, moins souvent le foie, la rate, l'utérus; mais, dans toutes ces variétés, l intestin est prolabé.

Aussi Glénard a-t-il groupé et étudié ces prolapsus sous la dénomination générique d'*entéroptose*.

Ces chutes d'organes sont désignées sous le nom

1. Auvard, *Traité pratique de gynécologie*, ch. X : *Abdomino-pathies-simili-génitales*. Paris, 1892.

de *ptoses*; suivant l'organe prolabé, il y aura donc en même temps qu'entéroptose, *gastroptose*, *hépatoptose*, *néphroptose*, *splénoptose*, *métroptose*, qui sont autant de variétés anatomiques.

Mais, quelle que soit la variété de ptose, au point de vue pratique, la conséquence pathogénique, le résultat est le même : l'équilibre qui existe à l'état normal entre les organes abdominaux est rompu, et cette rupture entraîne après elle des troubles fonctionnels assez caractéristiques et assez profonds, pour avoir fait classer avec raison les sujets atteints d'entéroptose parmi les *déséquilibrés du ventre* (Trastour)[1]. Cependant, il ne faudrait pas être trop absolu; il peut se produire, et, il se produit journellement, des déplacements d'organes splanchniques telles qu'une néphroptose, une déviation utérine, sans que surviennent des troubles fonctionnels. Dans ces cas, il y a lieu de croire que si « le porte-manteau » a cédé en un point, il est encore cependant assez solide pour assurer la statique abdominale; il n'y a pas de perturbations fonctionnelles parce qu'il n'y a pas rupture de l'équilibre intra-abdominal, et probablement parce qu'il y a ptose mais non entéroptose.

Cette restriction faite, on peut dire, en thèse générale, que l'entéroptose comprise dans son acception générique, ou plutôt, à proprement parler la splanchnoptose, amène la déséquilibration abdominale.

Conséquences statiques. — Cette déséquilibration engendre rapidement une dyspepsie mécanique dont la pathogénie est facile à saisir :

1. Trastour, *Les déséquilibrés du ventre : entéroptosiques et dilatés.* Paris, 1889.

1° Les attaches péritonéales ont faibli et cédé. Par suite, d'un côté, la masse de l'*intestin grêle*, entraînée par la pesanteur, *tire* sur son mésentère ; de l'autre, le mésentère, dont l'extrémité supérieure (appelée par Glénard ligament suspenseur du mésentère) passe sur le duodénum, aplatit cette portion de l'intestin contre la colonne vertébrale, et, par la pression qu'elle exerce, gêne la progression des aliments .

C'est là le premier point anatomique important à retenir, avec sa double conséquence : abaissement de l'intestin grêle en masse, et aplatissement du duodénum, par le mésentère.

2° La pesanteur exerce également son action sur le *gros intestin* et les autres organes splanchniques ; elle l'exerce notamment sur le *colon transverse*, sur son coude droit, qui est le premier point qui cède et s'abaisse, parce que, suivant l'observation de Glénard, il est le point le plus mal soutenu du tube digestif.

D'où également, abaissement de tout le gros intestin et particulièrement du coude droit du colon transverse.

Le coude droit du colon étant relié au pylore puis au foie par le péritoine (ligament pylori-colique de Glénard, et épiploon gastro-hépatique) la chute du colon transverse amène l'abaissement du pylore et même, d'après Auvart, celui du foie [1].

1. Glénard dans son travail si original, *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse; détermination d'une espèce*; *De l'entéroptose*; Paris, 1885, 104 pages; et, après lui : Kaplan, (*Contribution à l'étude de l'entéroptose*, thèse, Paris, 1889); Faure, (*L'appareil suspenseur du foie, Hépatoptose et hépatopexie*, thèse, Paris, 1892), ont fait l'étude des attaches, des modes de suspension et des rapports du tube digestif, avec tous les détails qu'elle comporte. Nous ne faisons

Il est facile de concevoir que dans ce mouvement de descente d'autres ptoses peuvent se produire, et la fréquence de l'association de plusieurs ptoses n'a plus lieu d'étonner.

Conséquences fonctionnelles. — Ces changements importants dans la position des organes, ces tiraillements continuels sont le point de départ et la source de troubles multiples du côté des *voies digestives* et ont leur retentissement sur l'*économie tout entière*.

Le bol alimentaire séjourne plus longtemps dans l'estomac et le duodénum; à la stase succède la dilatation avec ses fermentations secondaires, les auto-intoxications et les accidents éloignés qu'elle amène.

Les importants travaux de notre savant maître, le professeur Bouchard, ont fait connaître l'étendue et la profondeur des troubles qui ont pour origine la dilatation stomacale. Ces troubles se produisent d'autant plus facilement que, « les circulations artérielle, veineuse et lymphathique, sont plus ou moins entravées ou surexcitées, et que par suite les sécrétions et les excrétions normales de l'estomac, du duodénum, du foie, du pancréas et des intestins, sont changées en quantité et en qualité (Trastour). »

L'importance et parfois la prédominance que prennent dans la suite les phénomènes nerveux n'a pas lieu d'étonner.

La théorie de l'auto-intoxication trouve ici son application, puisque Bouchard ne voit que des dilatés dans les malades de Glénard; à elle seule, elle suffit déjà à les interpréter à la satisfaction de ceux

qu'effleurer le côté anatomique de la question, pour établir et expliquer le fait de la déséquilibration abdominale.

qui admettent intégralement les idées du professeur de la Faculté de Paris.

La théorie des actions réflexes d'origine abdominale peut encore à bon droit être ici mise en avant; elle explique d'une façon aussi satisfaisante les troubles nerveux qui surviennent dans l'entéroptose, que ceux si variés qu'on attribue à de simples déviations utérines.

D'un autre côté, si les recherches de Leven [1] qui fait du plexus solaire le cerveau abdominal, c'est-à-dire le centre de la vie organique, renferment, comme nous le croyons, une part qui relève de l'observation pure, les données nouvelles qui s'en dégagent jettent un vif éclat sur la pathogénie des phénomènes nerveux de l'entéroptose. L'irritation permanente du plexus solaire et des ganglions du grand sympathique qui commandent l'intestin, sans cesse entretenue par l'action de la pesanteur, est encore une explication de cette multiplicité de troubles nerveux qui font de l'entéroptose ancienne une affection protéiforme d'allure névropathique.

En résumé, toutes les théories modernes, celles de Bouchard et de Leven comme celle d'Hayem sur la viciation de la nutrition générale d'origine dyspeptique [2], comme celle de Charcot sur la neurasthénie, sont une interprétation rationnelle et largement suffisante des désordres fonctionnels et nerveux qui font partie de la maladie de Glénard.

La pratique aurait plutôt à perdre qu'à gagner à voir en ce qui concerne l'entéroptose, surgir de nouvelles vues de l'esprit.

1. Leven, *Estomac et cerveau, étude physiologique, clinique et thérapeutique*. Paris, 1885; Leven, *La névrose, étude clinique et thérapeutique*. Paris, 1887.

2. Hayem, *Chimisme stomacal*.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE ET ÉTIOLOGIE

Fréquence. — L'entéroptose est une affection relativement fréquente. Glénard à lui seul en avait déjà en 1887 traité plus de 400 cas.

Comme il s'empresse de l'observer lui-même, ce chiffre considérable d'entéroptosés traités par le même médecin, tient à ce qu'il a été relevé exclusivement sur un groupe de malades, au nombre de treize cents, qu'il a été appelé à soigner à Vichy, c'est-à-dire de malades déjà triés et ressortissant presque tous, soit de la neurasthénie, soit des affections directes ou indirectes de l'appareil digestif.

De son côté, Trastour a, en moins de trois ans, trouvé trente cas d'entéroptose exclusivement chez des jeunes filles. Sa statistique est donc loin d'être complète puisqu'en moyenne 60 pour 100 des cas d'entéroptose arrivent chez des femmes ayant eu des enfants.

Ces seuls chiffres sont pour le praticien un enseignement; ils prouvent que cette maladie est vraiment répandue.

Le langage des faits, c'est-à-dire la lecture des observations à l'appui de cette étude, établira mieux, et plus pratiquement que tout travail bâti sur des chiffres, que l'entéroptose est une affection qui se rencontre fréquemment dans la clientèle journalière. Il montrera clairement que si nous ne la trouvons pas plus souvent, c'est qu'elle passe inaperçue, échappe à notre observation.

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie de la maladie explique sa fréquence relative.

Toute cause, capable de détruire l'équilibre intra-abdominal, peut produire l'entéroptose. Aussi, l'étiologie est-elle multiple.

I. *Causes banales.* — Il est d'abord des causes qui paraissent banales tant on les trouve souvent à l'origine des maladies; c'est, par exemple, l'affaiblissement général des tissus, consécutif aux maladies débilitautes, telles que; la fièvre typhoïde, la tuberculose, la chloro-anémie. Ce sont : l'excès d'aliments ou de boissons et la constipation habituelle qui surchargent les organes, les déforment, les distendent, et peuvent ainsi amener des modifications graves dans la statique abdominale.

L'arthritisme et l'herpétisme sont encore des facteurs importants; nous en ferons dans la suite ressortir l'influence.

Les différentes variétés de dyspepsie, la gastrectasie, la congestion hépatique qui souvent accompagnent ces affections, jouent également un rôle dans la production de l'entéroptose. Bouchard a confirmé la concomitance notée depuis longtemps de la néphroptose avec la dilatation d'estomac.

Avant lui, Potain avait montré que le déplacement du rein était souvent précédé de poussées congestives du côté du foie avec ou sans ictère. L'opinion qui semble prévaloir, c'est que, sous l'influence de cette augmentation de volume de la glande hépatique, le rein subit une pression qui l'abaisse progressivement et finit par le mobiliser, si bien qu'après le retour du foie à son état normal, le rein reste mobile[1].

1. Tuffier, *Formes cliniques et diagnostic du rein mobile* (*Semaine médicale*, 16 septembre 1891).

Quoi qu'il en soit du mécanisme de la néphroptose liée à la congestion du foie, un fait ressort des recherches cliniques de Glénard et reste acquis, c'est l'influence de la glande hépatique sur la production de l'entéroptose.

Les affections du foie, avec les troubles dyspeptiques et les perturbations fonctionnelles qu'elles apportent, sont surtout chez l'homme, une des sources les plus communes de l'entéroptose. C'est même là, dirai-je, qu'il faut chez lui chercher ordinairement le point de départ et la cause de la déséquilibration abdominale. L'origine spéciale de l'entéroptose féminine expliquera par la suite pourquoi cette maladie se montre, seulement chez l'homme aussi fréquemment de provenance hépatique.

Disons de suite que c'est parce que la maladie trouve chez la femme d'autres causes de développement qui, loin de demander comme les affections hépatiques, des années pour faire sentir leur influence, produisent rapidement leurs fâcheux effets.

II *Causes traumatiques.* – Il est d'autres causes qui ont une action plus manifeste : tels sont, les efforts successifs ou souvent répétés, les chutes, la danse, les vomissements.

Quand on évoque les souvenirs lointains, bien souvent le malade se rappelle avoir fait un effort, (par exemple avoir soulevé un lourd poids); il a senti quelque chose se déplacer dans le côté droit à une époque qui concorde précisément avec celle du début de la maladie. Ce quelque chose, c'est le rein droit prolabé, la néphroptose, la *luxation du rein* qui fréquemment accompagne l'entéroptose.

Coutaret (de Roanne) a le premier décrit une

dyspepsie suite d'effort sous le nom de *dyspepsie entasique* (εντασις, effort[1]) sans voir d'ailleurs les rapports qu'elle avait avec la déséquilibration abdominale. La dyspepsie entasique de Coutaret se rencontre « principalement chez les artisans qui se livrent à des travaux pénibles et sont obligés de porter de lourds fardeaux; les classes riches sont rarement atteintes de cette infirmité (p. 132) ».

Elle se compose de deux éléments : l'un est la règle, l'autre manque assez souvent. Le premier est une péritonite locale constante qui détermine des accidents aigus; le deuxième est une ptose ou une hypotase variables comme degré et comme siège, et par suite variables dans leurs effets sur l'équilibre abdominal qu'elles peuvent rompre ou ne pas modifier sensiblement. Les conséquences pratiques qui se dégagent d'une pareille distinction clinique demandaient cette explication.

La distinction est d'autant plus nécessaire que Coutaret lui-même n'a pas vu dans sa dyspepsie entasique, les désordres chroniques de statique abdominale qui parfois s'installent d'une façon lente et insidieuse et résultent des prolapsus de l'estomac, de l'intestin du foie ou du rein qui peuvent compliquer la péritonite circonscrite[2].

III. *Faiblesse et relâchement de la paroi abdominale.* — La faiblesse et le relâchement de la paroi abdominale sont souvent encore la cause de l'abaissement des organes splanchniques. Cette disposi-

1. Coutaret, *Vingt-cinq ans de chirurgie.* Paris, 1883.

2. Bouveret incline à penser que la dyspepsie entarique de Coutaret relève plutôt de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Quant à l'entéroptose traumatique de Glénard, elle se distingue de la dyspepsie entasique non seulement par l'absence de péritonite locale au début, mais par un syndrôme différent et une résistance beaucoup moindre aux agents thérapeutiques.

tion se trouve surtout chez les sujets *sans ventre*, encore plus que chez ceux à ventre gros et mou.

« Les ventres mous, flasques, sont tantôt plats, tantôt volumineux, mais toujours dépressibles ; ils permettent l'exploration manuelle de la cavité abdominale. Ce sont des ventres dont on ne se défie point ; leur contenu au premier abord semble à l'état normal. Qu'on y prenne garde, ce sont des ventres à *entéroptose ;* ils semblent n'avoir rien à soutenir ; grande illusion[1] ».

Faute de tension suffisante, de résistance des muscles abdominaux, les rapports réciproques entre les viscères ne se conservent pas, et, sous l'influence de causes occasionnelles, telles que la toux, des vomissements, qui souvent échappent à la recherche étiologique, tant elles sont hors de proportion avec l'affection qu'elles provoquent, il survient des changements graves dans la statique abdominale.

Cette disposition de la paroi abdominale peut être naturelle ; elle est surtout développée par l'usage du corset. Sa constriction exagérée a en effet pour résultats l'amaigrissement, l'atrophie et par suite le relâchement de la paroi abdominale.

La faiblesse et le relâchement de la paroi abdominale n'existent pas seulement chez les sujets maigres comme on semble naturellement porté à le croire.

Dès 1878, Guéniot avait montré que la paroi abdominale pouvait par son exubérance et sa surcharge graisseuse constituer le prolapsus graisseux de l'abdomen[2].

1. Trastour, *Les déséquilibrés du ventre*. Paris, 1889.
2. Guéniot, *Le prolapsus graisseux de l'abdomen chez les femmes* (*Arch. de Tocol.*, 1878).

Mais il ne parle chez ces malades, ni de troubles dyspeptiques, ni de prolapsus viscéral, ni de diminution de tension Sur ce dernier point il émet même une opinion contraire. « Les muscles de la paroi, privés, dit-il, de l'appui que leur fournissaient les couches tégumentaires, se contractent bientôt d'une manière exagérée (du moins quand la femme est debout) afin de soutenir à eux seuls, le poids des viscères abdominaux... La pression intra-abdominale s'en trouve accrue et la masse intestinale quelque peu rapetissée [1] ».

A cette époque, il ne soupçonne donc pas l'entéroptose. Ce n'est qu'en 1885, deux mois après la première publication de Glénard sur l'entéroptose [2] que Guéniot décrit une autre variété de prolapsus sous le nom de prolapsus pariéto-viscéral [3].

Dans cette variété, il s'agit encore de ventres en besace. « Le ventre, dit-il, couché comme une vaste mamelle sur les cuisses, forme comme une vaste poche herniaire où sont contenus les intestins ».

« Dans l'exposé symptomatique, il n'est question ni de troubles névropathiques, ni même de troubles digestifs, à part la constipation. Comme l'observe l'auteur, tout se réduit aux phénomènes douloureux, à la fatigue, et à une sorte d'impotence qui ne fait que s'accroître chaque jour [4]. »

Tout autre est la description, bien différents sont les malades de Glénard, sujets sans ventre ordinai-

1. Guéniot, *loc. cit.*

2. Glénard, *Entéroptose* (*Lyon médical*, 29 mars, 5, 12, 19 avril, et 6 mai 1885).

3. *Du prolapsus pariéto-viscéral* (*Arch. de Tocol.*, mai 1885).

4. Féréol. *Entéroptose et neurasthénie. Rapport* (*Bull. Soc. méd.*, décembre 1886).

ment, « à besace en dedans » comme dit Ewald[1] pour caractériser la maladie de Glénard, et qui, lorsqu'ils sont atteints d'obésité, ce qui est moins fréquent, présentent une obésité concomitante ou même secondaire à l'entéroptose.

IV. *Abus du corset.* — La constriction de la taille par l'abus du corset presque toujours trop serré, est une cause fréquente d'entéroptose.

Bouveret va jusqu'à faire du corset « la cause la plus commune et la plus efficace de l'entéroptose ».

A l'aide de moules reproduisant la configuration de l'estomac chez des femmes de divers âges, Ziemssen a bien mis en évidence la situation de plus en plus vicieuse que donne à cet organe la constriction exagérée et prolongée de la taille par l'abus du corset; le grand axe tend à devenir vertical, l'estomac prend une forme cylindroïde qui rappelle celle d'un gros intestin dilaté, et la région pylorique s'abaisse de plus en plus dans l'abdomen. De cet abaissement résulte un obstacle au passage de la masse alimentaire du pylore dans le duodénum : de là l'exagération du péristalpisme stomacal, qui devient douloureux quelques heures après le repas; de là aussi la dilatation de l'estomac et l'entéroptose consécutives[2] ».

Cette constriction exagérée a pour effet d'amener non-seulement un abaissement des organes splanchniques, et, comme nous l'avons dit, l'atrophie de la paroi abdominale, mais elle produit encore une déformation du thorax.

Cette déformation caractéristique Bouveret et Chapotot déclarent l'avoir retrouvée plus ou moins

1. Ewald, *Entéroptose und Wanderniere* (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1890).
2. Bouveret, *Neurasthénie*, p. 46. Paris. J.-B. Baillière, 1891.

accusée chez toutes les femmes disloquées par le corset.

« Dans beaucoup de cas, disent Hourman et Dechambre, ce n'est pas précisément vers sa marge que la base de la poitrine se trouve resserrée, mais bien vers un niveau élevé au-dessus de cette marge de trois à quatre travers de doigt; la marge elle-même, au lieu de rentrer dans la cavité abdominale, est au contraire déjetée en dehors, évasée, et le rebord des derniers cartilages vient faire une forte saillie *sous* les parties molles. De cette façon le thorax dans son ensemble serait plutôt comparable à ces vases antiques à pied élargi et séparé du reste par un col plus ou moins rétréci[1]. »

« Comme l'observe Chapotot, les corsets modernes sont plus courts qu'ils ne l'étaient autrefois. Ils commencent la constriction moins haut, au-dessous des seins qu'ils soutiennent sans les comprimer; ils serrent donc surtout la base du thorax au niveau des dixième et onzième côtes[2]. »

Il est heureusement rare que les méfaits du corset soient aussi profonds; mais, moins accentués, ils sont vraiment fréquents. Les dernières exigences de la mode ne font qu'augmenter encore l'influence de cette cause de déséquilibration abdominale. C'est pourquoi nous avons tenu à la mettre bien en évidence et à signaler ses néfastes effets.

La faiblesse de la paroi abdominale, comme l'action néfaste du corset, sont deux causes qui, même lorsqu'elles sont favorisées par la station

1. Hourman et Dechambre, *Maladies des organes de la respiration chez les vieillards* (*Arch. gén de médecine*, 1835).

2. Chapotot, *L'estomac et le corset*, p. 48. Paris, J.-B. Baillière, 1892.

debout prolongée, passent souvent inaperçues du médecin. Elles manifestent surtout leur fâcheuse influence, à la suite de la grossesse.

V. *La grossesse.* — La grossesse est un facteur important dans la production de l'entéroptose. L'utérus puerpéral, en se développant dans un abdomen jusque-là vierge, amène une véritable dislocation de la paroi abdominale; il y a éclatement des différents éléments qui la constituent; les vergetures en sont une manifestation.

Un affaiblissement et une dislocation analogues se produisent souvent à la suite de l'accouchement du côté du diaphragme pelvien et du périnée, de telle sorte que les enveloppes de l'abdomen n'offrent plus qu'un soutien incomplet.

Cette explication d'Auvard[1] nous paraît tout à fait clinique. Elle ne serait pourtant pas complète d'après Glénard. Il interviendrait encore un autre élément : c'est le décollement du péritoine prélombaire par l'utérus en état de gestation, décollement qui amène la néphroptose si souvent liée à l'entéroptose chez les accouchées[2].

Ces états de faiblesse et d'anémie mal définis et inexpliqués qu'on rencontre parfois à la suite des couches, ne connaissent pas d'autre cause.

Tuffier dans une clinique[3] sur les formes du rein mobile, reconnaît une pathogénie spéciale à la déséquilibration abdominale.

Il admet que le rein mobile et l'entéroptose sont dûs à une affection générale. Cette affection se tra-

1. Auvard, *loc. cit.*

2. Glénard, *Étude physiologique sur le souffle maternel et la paroi abdominale des femmes enceintes* (*Archives de Tocologie*, 1876).

3. Tuffier, *Formes cliniques et diagnostic du rein mobile* (*Semaine médicale*, 16 septembre 1891).

duirait par une déchéance générale de tous les tissus musculaires, fibreux, vasculaires et nerveux.

Dans une leçon récente à l'hôpital Beaujon, le Dr Tuffier développe ainsi sa pensée : « L'ensemble des accidents qui caractérise cette affection, y compris l'entéroptose, dépend d'une véritable *affection générale qui n'est pas classée, et qui cependant me paraît fréquente*. Elle forme une entité anatomo-pathologique et une entité clinique. Tous les tissus de l'économie semblent frappés en même temps d'une insuffisance de nutrition, de vitalité et de résistance. Ils sont en état d'infériorité physiologique. Le système musculaire lisse se laisse distendre, constituant la dilatation de l'estomac et l'entéroptose avec rein mobile; le système musculaire à fibres striées se laisse forcer, et, vous trouvez le ventre à triples saillies qu'a si bien décrit Malgaigne; le système fibreux n'est pas mieux partagé; car, il existe une insuffisance des anneaux naturels entraînant les hernies de faiblesse, pendant que la débilité des sphincters permet l'issue du rectum, et que l'atrophie du plancher pelvien laisse tomber l'utérus. Chez ces mêmes malades, le système vasculaire n'est pas plus solide; vous rencontrerez des varices, des hémorrhoïdes passives et indolentes, quelquefois un varicocèle. Toutes ces lésions ne sont point sous la dépendance de l'athérôme; vous les trouverez chez des gens jeunes (20 à 30 ans), et sans autre tare organique apparente. Si cette mauvaise qualité des tissus peut être partielle, elle provoquera une lésion d'un seul organe; mais si elle se généralise, elle constitue alors une insuffisance plus ou moins considérable des viscères et des parois splanchniques. Il y a donc un rapprochement à établir entre ces divers états pathologiques

dépendant d'un même état morbide. On peut poser une gamme ascendante de ces lésions ».

« Voilà, s'exclame Trastour, en reproduisant cette citation, voilà les *déséquilibrés du ventre*, décrits de mains de maître ; médecins et chirurgiens tireront profit de ces vues originales prises sur le vif. Cette déchéance des tissus musculaires, fibreux, vasculaires, cet effondrement des parois, des liens suspenseurs, des sphincters m'ont souvent frappé chez les entéroptosiques[1]. »

Nous admettons volontiers, pour un certain nombre de cas, avec le savant professeur de Nantes, cette nouvelle et large conception de l'entéroptose qui nous propose une diathèse, un terrain favorable, un *locus minoris resistentiœ*, autant d'états jusqu'ici inexpliqués qui constituaient, de l'avis de tous les cliniciens, des prédispositions graves à tel ou tel groupe d'affections, que l'entéroptose vient aujourd'hui si bien interprêter. En ce qui touche l'entéroptose, cette conception n'a pas d'autre conséquence ; elle ne change rien à l'état de la question. Elle prouve simplement une fois de plus combien dans une affection générale, des troubles tout à fait secondaires, telle que l'est ici l'entéroptose, peuvent tenir une grande place, puisqu'ils dominent, à eux seuls, toute la symptomatologie de l'affection primitive, et, nous le verrons, commandent le traitement.

Nous avons donné un certain développement à la question de l'étiologie de l'entéroptose, car ce point est important dans la pratique.

Comme le dit justement Glénard « la notion de cause est la seule lumière qui guide sûrement le

1. Trastour, *Les déséquilibrés du ventre*, 2e étude. Paris, 1892.

médecin vers le but qu'il poursuit : « Thérapeutique et prophylaxie des maladies »[1].

CHAPITRE III

DESCRIPTION (SIGNES SUBJECTIFS)

L'entéroptose passe généralement inaperçue, et grossit le nombre de nos malades dits incurables, parce que sa physionomie ne nous est pas connue, parce que ses signes subjectifs présentent de grandes analogies, au début et dans la période d'état, avec une dyspepsie, plus tard avec la neurasthénie.

Dans ces conditions une simple énumération de symptômes, ne serait pas pratique, parce qu'elle ne nous familiariserait pas avec cette nouveauté clinique. Mieux vaut, croyons-nous, faire une description d'ensemble dans laquelle nous indiquerons d'une façon générale, les affections dont l'entéroptose présente l'aspect au point d'occasionner de fréquentes erreurs de diagnostic, et, où nous insisterons d'une façon particulière, sur ses traits de ressemblance et ses rapports avec la dyspepsie et la neurasthénie qui sont les maladies avec lesquelles elle est le plus souvent confondue.

Le médecin aura ainsi désormais en vue un type général de l'entéroptose; il sera mis et tenu en éveil, et l'entéroptose n'entrera plus dans la catégorie « des choses bien grosses qu'on ne voit pas faute d'attention (Charcot).

I. Entéroptose et dyspepsie. — *Début.* — Un

1. Glénard, *Arthritisme et hépatisme* (*Revue des maladies de la nutrition*, janv. 1893.)

malade se plaint depuis quelque temps de flatulence, d'aigreurs d'estomac, de douleurs épigastriques, de cet ensemble de troubles qu'on est convenu d'appeler de la *dyspepsie atonique*. Il se remet à différentes reprises, mais survient une rechute plus grave que les précédentes.

Voilà le début aussi simple et aussi lent qu'insidieux de la maladie de Glénard.

L'entéroptose présente des analogies si frappantes avec une dyspepsie atonique que le diagnostic est habituellement méconnu. Dyspepsie vaporeuse, gastralgie, crampes d'estomac, anémie, dyspepsie utérine, leucorrhée par érosion, tels sont les noms ou plutôt les erreurs de diagnostic à la faveur et *sous les auspices desquelles* s'installe et se développe habituellement l'entéroptose.

Cette atonie gastrique par entéroptose peut rester longtemps stationnaire, parfois on la voit même guérir ; mais fréquemment des malaises nouveaux viennent s'ajouter, le mal s'aggrave et arrive à la deuxième période ou *période d'état*.

II. ENTÉROPTOSE ET NÉVROPATHIE. — *Période d'état.* — Le malade s'impose toutes les privations pour retrouver la santé. Il a essayé le régime lacté et en est sorti affaibli et maigri. Pour diminuer ses souffrances, il abandonne les corps gras, les farineux, les fruits, le vin, mais les rigueurs de son régime n'ont que peu amélioré ses fonctions digestives.

Régulièrement de deux heures à deux heures et demie après le repas, il éprouve, suivant son langage, « entre l'estomac et le ventre » une sensation de pesanteur, de barre, puis des tiraillements, une fausse-faim. Ces malaises, le moindre écart les augmente, et souvent toutes les privations n'arrivent pas à les faire éviter complétement.

Cette sensation dure une, deux, quelquefois trois heures, affecte et absorbe le malade; puis, tout à coup, il semble qu'il y ait comme un obstacle vaincu, ou plutôt, un passage difficile, franchi et le mieux-être apparaît.

A cette période, plusieurs points sont de nature à frapper l'attention.

1° Malgré cette dyspepsie déjà de vieille date, le malade conserve un *excellent appétit*; il se plaît à le dire, regrette de ne pouvoir manger davantage, mais il n'ose et se prive par raison.

D'autre part, chose bizarre, notre dyspeptique se trouve mieux après un *dîner copieux* où il choisit ses aliments, surveille ses sauces et ses boissons, qu'après un repas ordinaire; mais, comme l'abondance des mets concorde toujours avec une réunion de famille, une fête quelconque, ce mieux-être est mis sur le compte de la distraction.

Le médecin n'y comprend rien, et cette observation ne contribue pas pour peu à le dérouter ainsi que son malade, et à le désorienter dans le traitement de cette dyspepsie rebelle qu'il met sur le compte du système nerveux.

2° Il est deux boissons que le malade supporte très mal, le *vin pur* comme d'ailleurs tout liquide alcoolique, et le *lait*. Le lait qui remet tant d'estomacs, le lait surtout est d'une indigestibilité remarquable, et, comme l'observe Féréol, il est mal toléré alors même qu'il ne cause pas de dégoût au malade.

3° Le *réveil régulier* au milieu de la nuit est devenu une habitude. Le soir le malade trouve facilement son sommeil, mais presque chaque nuit il se réveille vers deux heures et met quelque temps à pouvoir se rendormir.

La situation ne s'améliore plus et s'éternise.

4° La *constipation*, compagne habituelle des maladies de l'estomac, s'est installée depuis longtemps, mais elle est parfois interrompue par de la diarrhée ou des débacles.

Cet état de souffrance des voies digestives retentit sur toutes les grandes fonctions de la vie végétative. Le malade perd sa vigueur, est vite fatigué; il se plaint d'être toujours las, surtout au lever et dans les heures qui suivent le repas de midi. La symptomatologie asthénique, c'est-à-dire cette lassitude habituelle, cette faiblesse générale qui paraît dès les premiers temps de la maladie, ne fait que s'accentuer et prend à la longue un caractère inquiétant qui fait craindre la neurasthénie.

Le sujet devient frileux, il a des points névralgiques, et, détail remarquable, il souffre et se plaint toujours de quelque chose ; *il se soulage par le decubitus dorsal.*

Enfin, chez la femme les troubles menstruels sont souvent assez accentués pour faire croire à une affection utéro-ovarienne.

Dans ces conditions, l'amaigrissement arrive graduellement, et avec le temps, il prend d'inquiétantes proportions. Ce triste état de santé peut, sans s'aggraver, se prolonger pendant des mois, des années; il n'est même pas rare qu'il remplisse toute une existence.

A la longue, il influe sur le moral des patients dont le caractère devient sombre et impressionnable. Si vous appelez l'attention des malades sur ce point, ils sont les premiers à reconnaître qu'ils deviennent irritables et d'humeur chagrine ; ils vous disent qu'ils remarquent que leur caractère s'assombrit et s'aigrit tout à la fois, qu'ils vou-

draient être autrement, mais qu'ils ne le peuvent pas.

S'il s'agit d'une femme, il est un témoin journalier de ce changement fâcheux qui vous en apprend long, c'est le mari. En vous entendant lui parler dans ce sens, il est tout heureux que sa malade soit pour la première fois comprise et par le fait disculpée.

C'est la période à laquelle la maladie prend une physionomie particulière, revêt une forme spéciale en rapport avec les conditions du terrain sur lequel elle évolue, et Dieu sait combien les formes peuvent différer.

Aussi les diagnostics les plus variés sont-ils posés. Glénard qui connaît bien ces cas pour les avoir souvent dépistés, dit que c'est alors que sont portés les diagnostics de prolapsus utérin, lithiase biliaire (c'est la période des coliques sous-hépatiques), gravelle urique, dyrménorrhée, dyspepsie nevropathique, dyspepsie rhumatismale, dilatation d'estomac, hypocondrie, rhumatisme nerveux.

Voilà la description classique et l'histoire habituelle de l'entéroptose à la première et à la seconde période.

Cette description nous montre les frappantes analogies de la maladie dans ses premières phases avec une dyspepsie rebelle dont on ne peut saisir la cause.

Quand l'entéroptose arrive à la troisième période, ce qui est relativement rare, elle a, nous allons le voir, des ressemblances au moins aussi étroites avec la neurasthénie.

III. Entéroptose et neurasthénie. — *Troisième période.* — L'entéroptosé, arrivé à cette période, attire moins l'attention sur ses troubles digestifs.

Il a diminué son alimentation, et s'est, pour ne plus souffrir, appliqué à vivre presque sans manger. Bien qu'il ait toujours de l'appétit, il se contente de potages, de laitage, en un mot, de repas légers afin de moins sentir « ses pesanteurs d'estomac ». Pour lui, *nécessité passe contentement*, car, dès qu'il fait un écart, il s'en ressent douloureusement.

Ce qui contribue à lui faire conserver ce régime tout fait de privations, c'est qu'à jeun, il n'éprouve d'autre douleur qu'une pénible faiblesse.

« Cette faiblesse, dit-il, l'oblige à manger dès qu'il se lève. Quand il mange, il se trouve fortifié et soulagé pour un moment; mais, à peine une heure et demie après, et d'autant plus rapidement qu'il a mangé moins, il voit reparaître avec anxiété cette pesanteur, cette constriction, ce délabrement qui lui fait redouter les aliments quoi qu'il en ait l'appétence. Il ne parle plus ou très rarement de renvois, d'aigreurs, mais ces symptômes reviendraient s'il sortait du régime qu'il s'est imposé[1] ».

Une constipation de vieille date lui donne des selles rubanées et grisâtres; les lavements n'arrivent plus qu'à amener quelques rares scybales souvent recouvertes de glaires ou de pseudo-membranes.

Les nuits sont devenues plus mauvaises, et l'insomnie est presque complète.

L'épuisement neurasthénique ne fait que s'accroître; la faiblesse finit par être telle qu'elle oblige le malade à garder la maison, et même parfois à rester étendu toute la journée sur une chaise longue.

A cette période, aux troubles des voies digestives

1. Fr. Glénard, *De l'entéroptose*, p. 79. Paris, 1887.

et de l'état général, s'ajoutent une foule de phénomènes nerveux des plus variés qui donnent à l'entéroptose un aspect protéiforme.

L'entéroptose prend ici encore la physionomie de ces différents types qu'on n'a pu jusqu'ici ni définir, ni classer, mais que chacun se représente avec des allures un peu spéciales sous les dénominations vagues de névropathie, d'hystéricisme, d'hypochondrie.

Ces désignations ne représentent que quelques-unes des modalités sous lesquelles s'offre l'entéroptose.

L'attention du praticien doit être tenue en éveil, et alors il découvrira l'entéroptose sous les formes diverses qu'elle prend. Il la reconnaîtra et saura la dépister dans les variétés où, dit Glénard, sont portés les diagnostics de neurasthénie, sclérose, cancer ou phthisie larvés; hypochondrie, nevropathie, tabes, affections cérébro-spinales, cardiaques, cachexie nerveuse; maladie du rein mobile, du foie mobile, dilatation d'estomac [1].

Telle est la physionomie éminemment variable sous laquelle l'entéroptose s'offre à notre observation à ses différentes périodes.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION ET MARCHE. — DURÉE ET PRONOSTIC

L'évolution et la marche, la durée et le pronostic peuvent trouver leur place après la description

1. Glénard, *Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose.* Paris, 1887.

des signes subjectifs de l'entéroptose, parce que ces divers éléments sont encore autant de traits de la physionomie de cette maladie qu'il importe avant tout de se fixer dans l'esprit.

L'entéroptose a, par certains côtés, tellement d'affinités avec la neurasthénie que leurs rapports étroits ont frappé tous les cliniciens et se retrouvent à la base des différentes doctrines pathogéniques qui ont cours sur ces maladies.

Les lignes qui suivent en sont un exemple bien convaincant.

Dans l'esprit de l'auteur elles s'appliquent uniquement à la neurasthénie, et cependant, elles exposent et résument parfaitement l'évolution de l'entéroptose. Nous n'avons fait que remplacer dans cette citation le terme neurasthénie par celui d'entéroptose pour que la description s'applique à notre sujet.

« C'est en quelque sorte un caractère typique de cette affection, que sa variabilité, son irrégularité d'allures et la multiplicité de ses fluctuations. L'entéroptose est, loin d'être, en effet, un processus pathologique à cycle défini, évoluant d'une façon régulière, à périodes fixes : il se produit, au cours de son évolution, des hauts et des bas, des rémissions et des aggravations passagères. Au moment où l'on croit les malades sur le point de guérir, un écart de régime, une émotion morale ou un excès de fatigue les précipitent de nouveau en pleine maladie ».

« Un autre caractère général du processus pathologique, c'est le parfait parallélisme avec lequel tous les phénomènes dont il est constitué marchent de pair, s'aggravent ou s'améliorent tous en même temps. Chaque phénomène, considéré isolément,

suit en effet l'évolution du processus général. Cette marche est vraiment spéciale à l'entéroptose neurasthénique qui, malgré son irrégularité d'allures, a cependant un commencement et souvent une fin, et peut même être divisée, à ce point de vue, en plusieurs périodes [1]. »

Début. — L'entéroptose a un début lent et insidieux dont les symptômes dyspeptiques font pendant longtemps tous les frais.

Elle se présente d'abord sous les apparences d'un peu de paresse d'estomac, survenant à la suite de repas indigestes, disparaissant bientôt, puis revenant presque périodiquement au début des règles où l'aptitude digestive est amoindrie. Cette paresse d'estomac reparaît ensuite sans raison appréciable, et elle revient de plus en plus fréquente jusqu'au jour où elle devient une habitude.

Peu à peu les malaises d'estomac se compliquent d'autres malaises, et la maladie arrive à sa période d'état.

On ne saurait trop insister sur ce point :

La dyspepsie atonique est le début habituel de l'entéroptose.

Si, dans la pratique, la maladie de Glénard paraît ne pas avoir cette forme initiale d'une façon aussi constante, c'est que l'on n'observe pas souvent les malades dans les premiers temps ou, du moins, à cette époque le diagnostic n'est pas porté ; c'est surtout parce que, loin du début, les patients n'appellent plus d'une façon spéciale votre attention sur les troubles digestifs qui ne dominent plus la scène, ou, que leurs symptômes ne sont pas interprétés comme relevant de l'appareil digestif. Il ar-

1. Levillain, *loc. cit.*, p. 163.

rive en effet un moment, ou plutôt une période, où ces malheureux ont bien d'autres souffrances qui leur détournent l'esprit des malaises primitifs, et c'est sur elles qu'ils attirent et font concentrer toute l'attention du médecin.

La lecture du travail de Trastour m'avait sur ce point laissé quelque doute dans l'esprit. J'y avais noté que souvent dans ses observations les troubles digestifs n'étaient pas signalés. Je lui demandai une explication à ce sujet, et il me fit cette réponse catégorique :

« Vous pouvez admettre qu'il y a toujours des troubles digestifs chez les entéroptosiques, mais dans bien des cas, les malades vous parlent du cœur et de la tête, etc. et *oublient leur ventre*[1]. »

Cette réflexion du savant clinicien de Nantes explique comment les troubles dyspeptiques, et la période qu'ils constituent presque à eux seuls, peuvent souvent dans la pratique journalière échapper à l'observateur.

Rien n'est absolu en clinique.

Il est en effet une variété d'entéroptose où le début n'est pas nettement dyspeptique : c'est *l'entéroptose, suite de couches* ou *puerpérale.*

Dans ces conditions étiologiques particulières, la dépression des forces, l'affaiblissement général surviennent en même temps et souvent même plus tôt que les troubles fonctionnels de la dyspepsie atonique. *L'entéroptose évolue d'emblée à la seconde période*, et, dit Glénard, l'évolution est telle parce que la dislocation des organes splanchniques est survenue dans un ventre distendu. La maladie a commencé par le prolapsus, tandis que, dans la

1. Communication écrite de Trastour.
2. *Neurasthénie et entéroptose.*

forme à cycle complet, le prolapsus viscéral est précédé par l'atonie gastrique.

Dans ces cas l'atonie gastrique n'apparaît en effet qu'à la suite des troubles de la statique abdominale.

C'est pour bien marquer le rôle étiologique du prolapsus viscéral dans ces conditions et signifier que la maladie débute par l'intestin que Glénard a appelé cette variété *entéroptose primitive*.

Cette dénomination est donnée par opposition aux autres variétés où le prolapsus viscéral est secondaire, consécutif à l'atonie gastrique et souvent même, dit Glénard, une complication d'origine hépatique.

Période d'état. — La seconde période de l'entéroptose présente dans sa marche la même irrégularité que le début.

Le tempérament du malade est l'élément pathogénique qui décide surtout de la nature et de la marche de la maladie qui est venue se greffer sur l'organisme.

C'est à cette période que le fond prime la forme, que la question du terrain prime l'entéroptose au point de vue des symptômes, des allures, de l'évolution tout entière de la maladie. C'est en effet l'organisme, c'est-à-dire le milieu vivant qui donne dans chaque cas à l'entéroptose sa forme et sa gravité particulières. Tel sujet, par exemple, qui ne présente aucune tare héréditaire ou acquise, arrivera à la deuxième période, et la maladie pourra, même sans traitement, durer parfois toute une existence sans faire de progrès. Tel autre entéroptosé (et celui-là est légion) sous l'influence d'une prédisposition morbide, offrira des conditions favorables au développement de phénomènes nerveux, névropathiques ou neurasthéniques, ou bien encore

d'accidents d'intoxication comme le fait est fréquent chez les hépatiques ; dans ces conditions l'évolution sera plus rapide et présentera des symptômes plus graves.

Suivant les conditions de terrain, la maladie peut ainsi mettre des mois ou des années à faire des progrès.

Nous trouverons dans la description des formes cliniques de l'entéroptose, des exemples de cette influence si décisive du tempérament morbide.

Période neurasthénique. — La troisième période, dite période neurasthénique est relativement rare. Les causes habituelles prédisposantes à la maladie de Beard en ont préparé l'éclosion, et les accidents neurasthéniques en font presque tous les frais. J'insiste sur le rôle des causes prédisposantes. On a dit en effet avec raison : « N'est pas neurasthénique qui veut » et pour que l'entéroptose arrive à cette période, il faut qu'elle trouve dans des prédispositions héréditaires ou acquises des conditions qui font de l'entéroptosique un candidat à la neurasthénie.

Durée de l'entéroptose. — La durée de l'entéroptose est variable comme sa marche.

La *première période*, dite la période de dyspepsie atonique, dure tantôt seulement quelques mois tantôt une ou deux années.

A cette phase l'entéroptose guérit facilement sous l'influence d'une thérapeutique appropriée. Méconnue elle passe à la deuxième période.

La *période d'état* ou deuxième période est entre toutes la plus variable comme durée et comme évolution.

Quand l'entéroptose est soumise à un traitement rationnel, une amélioration notable en résulte rapi-

dement, et le plus souvent la guérison survient au bout de dix-huit mois ou deux ans.

Plus le mal est invétéré, plus longtemps se fait attendre le retour à la santé.

Même méthodiquement traitée, la maladie arrivée à une phase avancée, présente en général des rémissions qui donnent le change sur sa marche, et font espérer une guérison que la suite ne confirme pas à l'échéance prévue.

Des améliorations plus ou moins durables surviennent au cours du traitement, et, souvent ce n'est qu'après plusieurs rechutes que la guérison est définitive.

Telle est la règle.

Le praticien doit connaître cette marche accidentée de la maladie, et en avertira le malade, même quand il est en voie de guérison. Il préviendra alors ces découragements qui, chez les malades non informés, reviennent à chaque rechute, et ont une influence si fâcheuse sur leur état moral.

Quand l'entéroptose est méconnue, il arrive souvent qu'elle ne passe pas à la troisième période ; elle présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'au jour ou s'établit un interminable *statu quo*. Pendant ce temps qui dure des années et encore des années, la maladie perd fréquemment et peu à peu sa physionomie de maladie des voies digestives, et revêt une des formes de l'entéroptose que nous allons bientôt décrire.

Il est au moins bizarre qu'une affection puisse ainsi rester stationnaire non-seulement des années, mais même toute une existence.

L'explication en a été donnée par Glénard qui l'attribue au cercle vicieux qui s'établit entre l'atonie gastrique et l'entéroptose.

Lorsque l'affection arrive à la troisième période, ce qui est relativement peu fréquent, le pronostic n'est pas aussi grave que l'esprit est naturellement porté à le croire.

Il semble en effet qu'une maladie qui atteint l'organisme dans toutes ses grandes fonctions, qui amène un dépérissement aussi profond, doit avoir la mort comme terminaison.

Il n'en est pourtant pas ainsi, et c'est précisément pourquoi le nombre d'incurables qui sont des entéroptosés est vraiment considérable.

L'entéroptose, arrivée à la période d'état, reste habituellement stationnaire. Elle s'améliore avec la vieillesse (Glénard).

Quand elle passe à la troisième période, l'état neurasthénique dure indéfiniment, et quand le sujet succombe, c'est le plus souvent d'une affection intercurrente à laquelle l'entéroptose est étrangère.

Sous le titre de *conséquences lamentables d'une entéroptose méconnue*, Trastour rapporte l'histoire tristement instructive d'un sécrétaire de mairie, qui passa sa vie à souffrir et à écrire sans jamais sortir de chez lui. Ce ne fut qu'au bout de 30 ans que, l'entéroptose enfin reconnue, le médecin de Nantes voulut traiter le malade, mais il n'y consentit pas : il s'était habitué à son mal, et avait trop peur, en essayant, de souffrir davantage.

Sous le même titre, je pourrais rapporter l'observation d'une malade que j'ai moi-même bien connue dans les dernières années de son existence. Après son premier accouchement, elle perdit la santé, le sommeil et les forces. Cette prétendue anémie, suite de couches, fut pendant des années, traitée sans réel succès.

L'état neurasthénique ne fit que s'accentuer, les nuits étaient toujours presque sans sommeil, et chaque matin à son lever la malade était d'une faiblesse inquiétante lui laissant à peine la force de s'habiller. L'après-midi, sous l'influence de l'alimentation et des distractions, elle se remontait et retrouvait une étonnante énergie.

Les troubles digestifs qui avaient toujours accompagné cet état neurasthénique, ne cédèrent pas. La malade avait toujours ses douleurs d'estomac, et constamment se plaignait de quelque part.

Elle vint habiter Paris ; à différentes reprises, elle eut des crises alarmantes qui firent appeler d'urgence les médecins du quartier. Les trois médecins la condamnèrent tour-à-tour ; tous les trois sont morts avant elle. Le dernier reconnut un rein flottant, mais ne remonta pas à la notion pathogénique de l'entéroptose arrivée à la période neurasthénique.

C'était cinquante ans après le début de la maladie, deux ans avant la mort de la malade, qui succomba en quelques heures à une hémorrhagie cérébrale.

Nous avons avec intention rapproché les signes subjectifs de la maladie de Glénard, son évolution et sa marche, sa durée et son pronostic, pour mettre mieux en relief la physionomie générale de l'entéroptose.

Pour mieux caractériser cette maladie vraiment fréquente, la graver davantage dans les esprits, et en faciliter en même temps le diagnostic, nous allons maintenant décrire les formes cliniques sous lesquelles l'entéroptose se présente dans la pratique.

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES

L'entéroptose présente diverses formes cliniques qui doivent leurs caractères particuliers tantôt aux conditions étiologiques à la faveur desquelles elles prennent naissance, tantôt aux conditions du terrain sur lequel elles se développent.

Ces formes sont multiples; mais, décrire tous les types d'entéroptosés qu'on rencontre dans la pratique, c'est, sous prétexte d'être complet, tomber dans l'exagération où ont versé les auteurs qui ont multiplié les types de neurasthéniques. Comme le dit judicieusement Malibran, « en fouillant bien chaque cas, on trouverait presque autant de types cliniques que d'individus malades[2] ».

Il vaut mieux, croyons-nous, en restreindre le nombre que l'accroître, et ne retenir que les formes principales qui demandent une description, soit en raison de leur fréquence et de leur physionomie spéciale, soit en raison des difficultés du diagnostic et des particularités du traitement.

Les formes principales de l'entéroptose sont :

La forme asthénique.

La forme entasique.

La forme dyspeptique.

La forme neurasthénique.

La forme névropathique.

La prépondérance dans certains cas de troubles respiratoires, cardiaques, névralgiques et autres, pourrait faire admettre encore au moins autant de formes.

1. Malibran, *loc. cit.*, p. 213.

Dans l'organisme tout se tient, et, comme l'observe justement Trastour « en vertu de ce *consensus unus* les déséquilibrés du ventre deviennent aussi bien vite des déséquilibrés dans les fonctions du cœur, du poumon, du cerveau[1] ».

Il suffit de savoir que ces formes peuvent se rencontrer dans la pratique; mais elles ne méritent pas une description spéciale.

I. Forme asthénique. — La forme asthénique est fréquente dans la clientèle.

Comme son nom l'indique, ce qui caractérise cette variété, c'est une lassitude habituelle, partilièrement accentuée au moment du lever.

Cette fatigue qui se porte sur tout le corps retentit d'une façon plus douloureuse dans la région lombaire.

Elle occupe une telle place dans cette variété d'entéroptose, qu'elle fait *oublier* à la malade ses autres misères.

« Toujours je suis fatiguée et toujours je sens mes reins ». Tels sont les mots qui, pour la malade, résument toute sa maladie. Cependant si on l'interroge méthodiquement, on apprend qu'elle souffre également de l'estomac, qu'elle a de l'irrégularité des selles, un sommeil interrompu et souvent des points douloureux dans le ventre.

Cette forme est spéciale à la femme; son origine, qui est presque constamment la même, explique cette particularité.

La forme asthénique a pour causes :

1° La grossesse qui amène une dislocation de la paroi abdominale et souvent même du plancher périnéal.

1. Trastour, *loc. cit.*, p. 8.

2° Le manque de repos suffisant après les couches.

3° La constriction précoce et exagérée du corset après l'accouchement.

Ces causes, qu'une mauvaise hygiène réunit trop souvent, amènent un abaissement des organes splanchniques et parfois un prolapsus utérin.

Le début de la maladie est insidieux, ses progrès se font sans grande douleur, et la malade semble se faire à des malaises qui deviennent un état habituel. Elle prend patience et compte sur le temps pour guérir sa faiblesse générale et sa paresse d'estomac, « suites de couches ». Mais les troubles digestifs ne s'améliorent pas, et, la sensation de lassitude et de fatigue des reins devient de plus en plus accentuée.

La constipation, des points douloureux dans l'abdomen viennent compléter la scène, et ouvrir les yeux sur l'origine abdominale de la maladie.

Le diagnostic d'affection utérine, quand ce n'est pas celui d'anémie, est habituellement porté, car la femme est toujours pour beaucoup de médecins un organisme bâti autour de l'utérus, et le traitement est institué en conséquence.

Ces malades-là sont nombreuses. Il est peu de praticiens qui n'en aient à soigner quelques-unes, toujours à la recherche du traitement capable de les soulager. Elles constituent, pour une bonne part, la clientèle des médecins spécialistes, subissent des cautérisations, parfois des curettages, se laissent appliquer des crayons et faire tous les traitements dont elles peuvent attendre quelque bien. Ce n'est que le jour où le médecin essayant de tout, songe à conseiller à sa pseudo-utérine une bonne ceinture, et à traiter son appareil digestif, que, pour la première fois, il lui apporte du soulagement.

Ce genre d'erreurs n'est d'ailleurs pas de nature à surprendre, car les troubles du côté de l'utérus et de ses annexes sont en général fréquents dans l'entéroptose.

En effet, les règles sont irrégulières dans leur retour, irrégulières, mais souvent, diminuées comme quantité et comme durée; elles s'annoncent quelquefois plusieurs jours d'avance par un point douloureux dans le côté droit, qui est dû à de la congestion du rein droit prolabé, et plus souvent encore du foie.

D'autre part les troubles digestifs et les malaises habituels augmentent pendant la période menstruelle.

Enfin, la leucorrhée, les érosions et ulcérations du col, les déviations utérines ne sont pas rares.

Ce groupement de symptômes et cette aggravation de l'état général à l'époque des règles font naturellement penser à une affection utérine, et, quand la notion de l'entéroptose n'est pas familière et que le praticien donne à la pathogénie utérine la large part qui est faite dans les classiques aux maladies des femmes, l'erreur de diagnostic est presque fatale.

Quoi qu'il en soit, lorsque ces malades ont la chance d'avoir une vraie ceinture, c'est-à-dire un appareil contentif qui, non-seulement soutient, mais relève les organes splanchniques, et que son action est secondée par l'emploi des laxatifs si fréquemment prescrits dans ces affections utérines, et du régime, elles se trouvent transformées, ne veulent plus la quitter, et déclarent qu'elles ne pourraient plus s'en passer.

Certains auteurs ont voulu reconnaître la neurasthénie dans ces troubles abdominaux accompagnés d'asthénie.

Bouveret, qui dans son étude sur la neurasthénie fait pourtant la part bien petite à l'entéroptose, n'hésite pas à faire comme nous, de cette variété de neurasthénie, une forme de la maladie de Glénard. Il lui reconnait les mêmes origines, et ajoute : « Il est certain que beaucoup des sensations pénibles qu'éprouvent tous ces malades dans le ventre, dans les reins, dans le dos, sont imputables aux modifications de la statique abdominale. La preuve en est donnée par les résultats du traitement[1] ».

II. FORME ENTASIQUE. — La forme entasique (εντασις, effort) de l'entéroptose mérite une description particulière en raison de son début spécial et franchement aigu.

Je laisse au savant praticien, qui l'a le premier désignée sous le nom de dyspepsie entasique, le soin d'en faire l'histoire et la description :

« Qu'une personne fasse un effort musculaire, susceptible de produire un entasis interne, c'est-à-dire un effort, c'est ordinairement dans la région sous-diaphragmatique qu'elle se blesse. Elle ressent aussitôt une douleur à l'endroit où a porté le contre-coup. Ce point, quelquefois fort pénible et persistant, est souvent très supportable et passager. Mais, à partir de ce moment ou quelques jours après, le malade faiblit, ses forces l'abandonnent; il devient dyspeptique et incapable de lever des fardeaux. L'incapacité physique et la dyspepsie sont proportionnées à la gravité de la lésion locale; de telle sorte que le blessé continue à travailler peu ou prou, et, retarde d'autant sa guérison. Le malade

1. Bouveret, *La Neurasthénie*, p. 32.

connait l'origine de son mal, et n'en dit rien au médecin qui ne le croirait guère. (De fait cette notion étiologique est peu connue). »

« Ces lésions traumatiques, résultant d'un effort brusque et siégeant dans la région sous-diaphragmatique, ne sont expliquables que par une déchirure partielle des attaches ou un décollement du péritoine. On conçoit qu'elles aient, pour premier effet, une rupture ou une fissure des organes friables contenus dans la partie supérieure de l'abdomen. De là, une péritonite circonscrite qui sera péri-hépatique, rétro-gastrique ou péri-splénique, selon le point précis sur lequel aura porté l'entasis... »

« Ce qui caractérise l'entasis, c'est que le malade est dans l'impossibilité de se livrer à un travail physique soutenu. Il a des dispostions laborieuses; mais, ses forces le trahissent, et il demeure anéanti et désespéré. »

« Pendant les premiers mois qui suivent l'accident, il ressent au moindre effort, une douleur aiguë au niveau de la partie lésée, plus tard le point disparait, et l'absence complète des forces musculaires persiste[1]. »

Cette citation de Coutaret, je l'ai faite si longue parce qu'elle fait connaître une affection souvent méconnue, relativement fréquente, et qui n'est pas encore classique. Cette affection, qui est la dyspepsie entasique, a sa place ici parce que souvent elle n'est que le long et douloureux début de l'entéroptose.

Coutaret n'a cependant pas étudié les étroits rapports de cette maladie avec la déséquilibration abdominale.

1. Coutaret, *Entasis et dyspepsie entasique* (*Gazette des hôpitaux*, 19 février 1891).

Dans la dyspepsie entasique, il ne voit en effet que le début aigu et les accidents immédiats et éloignés qui résultent de la péritonite circonscrite « provoquée par un décollement ou une déchirure du péritoine sur des points limités aux régions épigastrique, hépatique et gastro-splénique[1] ».

En outre de ces phénomènes aigus qui sont constants, il y a souvent, quand l'entasique ne guérit pas, des désordres dans la statique abdominale; il survient une ptose, tantôt du rein ou du foie, tantôt de l'estomac et de la rate, et, c'est précisément cette ptose, admise plus tard par Coutaret[2], après les travaux de Glénard, qui fait la gravité et la durée de l'affection.

Le début et les accidents aigus de certaines entéroptoses d'origine traumatique méritaient pareille mention.

Il ne faudrait pourtant pas en conclure que toutes les ptoses qui sont le résultat de l'effort, s'installent d'une façon aussi bruyante.

Comme l'observe Trastour, « c'est en soulevant des malades, de lourds fardeaux, par un effort brusque, par la danse. par des vomissements ou par la toux, que les malades expliquent le début de leurs souffrances. Elles ont la conscience et le souvenir très net d'avoir déplacé quelque chose dans le côté droit ». Mais cette ptose, qui ici est la luxation de l'intestin et du rein, a alors un début lent et insidieux, et, dans ces cas, la forme est tellement classique, que ce sont des symptômes dyspeptiques ou neurasthéniques de longue durée, inexpliqués, c'est-à-dire les signes ordinaires de l'entéroptose,

1. Coutaret, *loc. cit.*, p. 137.
2. Coutaret, *Dyspepsie et catarrhe gastrique.* Paris, 1890.

qui ont conduit Glénard à chercher le rein flottant.

III. Forme dyspeptique. — La forme dyspeptique est la forme classique de l'entéroptose, avec le début et la période d'état tels que nous les avons décrits. Elle comprend la grande catégorie de malades qui ne trouvent pas de soulagement à leurs maux d'estomac, à leur constipation, à leur inquiétante lassitude, qui constamment changent de médicaments et de médecins, parcequ'ils n'ont pas encore rencontré la médication qui leur convient.

Les mois, les années se passent, ils maigrissent, perdent leurs forces et ont des insomnies; ils finissent par ne plus avoir confiance dans la médecine et adoptent alors le régime qu'une expérience personnelle leur a appris comme convenant le mieux, croient-ils, à leur cas pathologique.

L'observation suivante est un exemple de ce genre de malades :

Obs. I (personnelle). — *Entéroptose à forme dyspeptique.*

Une jeune femme, issue de parents arthritiques, soulevant fréquemment des fardeaux trop lourds pour ses forces, sujette aux migraines depuis plusieurs années, éprouve du pyrosis et des pesanteurs d'estomac après les repas.

Depuis ces derniers mois, le mal a augmenté : les forces ont diminué, la patiente se sent sans énergie à son lever et éprouve également, après ses repas, une grande lassitude. Elle a usé des alcalins et des amers, de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, pour améliorer ses digestions, mais sans succès durable.

Malgré un régime rigoureux, les mauvaises digestions et les accès de migraine se succèdent, la constipation est continuelle; l'amaigrissement arrive considérable et la sensibilité à la fatigue ne fait qu'accroître.

La patiente tombe plus gravement malade; elle a des vo-

missements bilieux qui durent plusieurs jours, de fortes douleurs dans le côté droit où; depuis longtemps, elle accuse fréquemment un point; enfin, les urines diminuent notablement comme quantité.

Cet état inquiétant ne s'accompagne pas de fièvre. Il se termine brusquement, sans convalescence, et le phénomène critique consiste en une abondante émission d'urines.

La complication, de quelques jours de durée, avait été de l'hydronéphrose aiguë.

Le docteur Desplats (de Lille) voit la malade et fait le diagnostic d'entéroptose avec néphroptose droite.

Cet exemple nous montre combien l'entéroptose peut passer longtemps inaperçue.

Le fait arrive d'autant plus facilement chez la femme dans la forme dyspeptique, que cette variété présente plusieurs particuliarités importantes à connaître au point de vue pratique.

1° Chez elle, l'insomnie, qui est pourtant donnée comme un signe de valeur, manque souvent dans cette variété, et ne se rencontre assez fréquemment que dans la forme neurasthénique.

Le réveil au milieu de la nuit est plus fréquent, mais n'amène pas un manque de sommeil prolongé.

Cette particularité tient, selon nous, à la différence qui existe entre l'état psychique des deux sexes.

L'homme a l'esprit sans cesse rempli de pensées d'affaires qui l'absorbent au point de le tenir éveillé dès que son sommeil est interrompu.

La femme, en général ne connait pas ces préoccupations constantes, ces idées fixes, au bon sens du mot, qui s'agitent sans cesse dans la tête de l'homme d'affaires ou d'études, et dans ces conditions retrouve tout naturellement son sommeil.

Dans les cas relativement rares où elle ne le

retrouve pas, c'est parce qu'elle a des préoccupations qui engendrent l'insomnie ou des souffrances qui la tiennent éveillée.

Bouveret, en faisant remarquer que l'insomnie est rare dans la neurasthénie féminine, émet une observation à l'appui de notre manière de voir.

J'abandonne mon explication à l'épreuve d'une observation plus étendue que la mienne.

Telle n'est pas l'opinion de Glénard qui croit l'insomnie plutôt liée à la phase plus ou moins avancée de la maladie digestive qu'à un état cérébral et en fait un symptôme dyspeptique.

2° La femme atteinte d'entéroptose, du moins celle qui est nullipare, présente un *air de jeunesse* souvent remarquable. Ce *juvénilisme* se traduit par de la gracilité du corps et de la maigreur des traits, il résulte de l'influence dystrophique qu'exerce la maladie.

S'il se trouve moins fréquemment chez la femme qui est mère, la raison en est dans les modifications profondes et souvent définitives que la grossesse apporte autant dans la physionomie que dans l'économie tout entière.

3° Quant aux fonctions menstruelles, les troubles du côté de l'utérus et de ses annexes sont fréquents et variables dans leurs manifestations ; ils existent dans la forme dyspeptique comme dans la forme asthénique.

Il est difficile de décrire les causes spéciales à chaque variété.

D'une façon générale on peut pourtant dire que la forme asthénique se rencontre surtout chez les sujets qui ne présentent pas de manifestations arthritiques ; aussi elle est surtout fréquente chez les gens de la campagne, et, en ville, dans la classe pauvre.

Quand l'entéroptose revêt la forme dyspeptique, déjà relativement grave, c'est qu'elle trouve dans l'organisme des conditions de terrain favorables à son développement.

Ce n'est pas seulement une susceptibilité particulière de l'estomac ou de l'intestin (l'idiosyncrasie des anciens) qui est en cause; les sources du mal sont plus enracinées, plus profondes.

Le terrain est préparé par une tare hépatique, les conditions sont constituées par un mauvais fonctionnement du foie.

Dans une étude récente, le Dr Glénard a établi, chiffres en mains, l'étonnante fréquence des affections du foie et montré qu'elles tenaient sous leur dépendance une foule d'états maladifs.

Toutes les manifestations qu'englobe le vaste mot arthritisme ne seraient, au dire du médecin de Lyon, que des manifestations de l' « *hépatisme* », c'est-à-dire le fait d'une affection toute locale du foie.

Quand on étudie les sujets atteints d'entéroptose à forme gastrique, on trouve presque constamment des accidents héréditaires ou personnels qui démontrent que la tare arthritique, c'est-à-dire l'hépatisme, est en cause. D'autre part, l'examen du foie, complété par le « procédé du pouce » apprend que la glande hépatique est fréquemment malade. Ces résultats sont donc, en même temps qu'un éclaircissement sur la pathogénie de la forme dyspeptique de l'entéroptose, une confirmation des idées de Glénard.

Comme variété de la forme dyspeptique, la pratique demande que nous signalions ici la production de crises douloureuses véritablement aiguës, qui ont le même siège que les coliques hépatiques et les font confondre avec elles. Cette fausse colique hé-

patique, appelée par Glénard *colique sous-hépatique* ou hypochondriaque, mérite d'autant plus une mention qu'elle pourrait faire à tort apporter une modification dans le diagnostic établi. C'est habituellement un accès de gastralgie éclatant sous l'influence d'une digestion difficile.

Faute d'autre terme, je dis gastralgie, car c'est le séjour, le passage d'un bol alimentaire mal digéré dans le duodénum ou dans le jéjunum qui produit la crise douloureuse.

Les malades qui arrivent à Vichy avec le diagnostic de coliques hépatiques, et qui présentent cette variété de la forme dyspeptique de l'entéroptose, ne sont pas rares.

Le Dr Carpentier (d'Arras) m'en rapportait encore dernièrement un exemple. La malade avait souffert durant deux années, et, pendant tout ce temps, elle était traitée pour de la lithiase biliaire; elle avait perdu ses forces et une notable partie de son poids; les troubles digestifs étaient continuels et très accentués et le début du mal coïncidait avec son premier accouchement.

Le traitement de cette pseudo-lithiase biliaire ne devint efficace que lorsque, l'entéroptose reconnue, on associa à ce traitement la sangle et les laxatifs.

IV. Forme neurasthénique. — La forme neurasthénique de l'entéroptose n'a plus l'aspect que nous avons trouvé jusqu'ici aux déséquilibrés du ventre.

Le patient ne se présente plus au médecin comme un vieux dyspeptique qui ne voit, qui ne sent que son estomac, et, ne fait que parler de ses mauvaises digestions : il a versé dans la neurasthénie. Vous observez chez lui les symptômes habituels de la maladie de Beard ; vous retrouvez dans ses grandes

lignes la description de l'entéroptose à la troisième période que nous avons déjà vue.

La physionomie de l'affection est telle que des neuro-pathologistes n'hésitent pas à en faire une neurasthénie essentielle, et à considérer tous les troubles digestifs et autres comme dépendant de la neurasthénie. Ce n'est qu'en remontant à l'origine, aux causes de la maladie, en faisant raconter au malade son histoire par le menu détail, que l'on parvient à reconstituer les faits et à retrouver la notion pathogénique qui s'en dégage.

Les gens qui arrivent à ce degré d'entéroptose présentent en général des conditions qui les prédestinent à la neurasthénie.

L'étiologie de la maladie de Béard est vaste. L'hérédité, le tempérament, l'éducation, le milieu, les émotions, les excès, les affections nerveuses sont les grandes causes *prédisposantes* de l'épuisement nerveux. On trouvera constamment des conditions étiologiques qui, de près ou de loin, ont préparé le terrain.

Les troubles digestifs, les douleurs continuelles, l'insomnie, l'amaigrissement, l'irritabilité nerveuse qui sont les fruits presque constants d'une entéroptose de vieille date, *déterminent* la production de la neurasthénie qui se développe sous l'influence de ces deux groupes de facteurs étiologiques. L'arthritisme est également ici en cause.

Les neuro-pathologistes admettent que les troubles de nutrition qu'amène l'arthritisme sont une cause prédisposante de la neurasthénie.

Quand il s'agit d'entéroptose, l'arthritisme produit d'abord l'aggravation de la maladie et détermine la forme gastrique. Par un cercle vicieux facile à comprendre, les troubles de nutrition aug-

mentent eux-mêmes avec le mal qu'ils ont aggravé, et deviennent un facteur de plus en plus actif dans la production de la forme neurasthénique.

Huchard avait donc bien raison, quand, exagérant sa pensée pour lui donner une tournure aphoristique, il disait : « La neurasthénie est une névrose arthritique ».

La pratique ne présente pas habituellement des types achevés d'entéroptosés neurasthéniques. Le neurasthénique essentiel en général n'a le plus souvent d'ailleurs pas lui-même tous les stigmates de la neurasthénie. On ne doit donc pas s'attendre à les trouver plus nombreux chez le neurasthénique entéroptosique.

Le désir d'être complet, pour être exact, pourrait encore, mais, sans utilité pratique bien réelle, faire signaler des formes intermédiaires.

Il en est une qui mérite au moins une mention. C'est le *dyspeptique neurasthénique* qui souffre de son estomac et accuse déjà de l'épuisement nerveux.

Le médecin hésite à en faire un entéroptosé à la deuxième période ou période d'état à cause des symptômes neurasthéniques; d'autre part, il se refuse, en raison des troubles dyspeptiques, à y voir l'entéroptosique neurasthénique à la troisième période. Le fait est que sa place est entre ces deux types et il peut garder longtemps cette position intermédiaire.

V. Forme névropathique. — La maladie de Beard n'est pas, comme l'ont insinué quelques auteurs, « le groupement de toutes les névroses mal déterminées, devant comprendre tout ce qui n'est pas hystérie, chorée où épilepsie ».

Beard n'a pas fait que réunir sous un seul nom

des états morbides mal définis; il a décrit un type de maladie, une entité morbide.

Aussi, de même qu'en dehors des neurasthéniques, il existe des nerveux qui ne sont ni hystériques, ni épileptiques, ni choréiques, de même dans l'entéroptose, en dehors de la variété neurasthénique, il existe également des formes nerveuses revêtant une physionomie particulière.

Levillain, après Glénard, a distingué avec raison :

1° Les *gens nerveux*, c'est-à-dire les hyperexcitables, les sensitifs, les impressionnables, dont la résistance nerveuse est déjà diminuée, et qui sont plus accessibles aux impressions du dehors.

2° Les *névropathes*, qui sont plus que des gens simplement nerveux; ils souffrent à chaque instant de troubles nerveux plus ou moins fugaces tels que : migraines, vertiges, palpitations, maux d'estomac, mais, comme ils le disent eux-mêmes et prouvent ainsi qu'ils portent bien leur nom, ils ne souffrent que de leurs nerfs [1].

Les *nerveux* et les *névropathes*, voilà une distinction bien observée, voilà deux catégories que la clinique oblige de reconnaître.

Les premiers sont des sujets à l'état de santé.

Les seconds doivent déjà être considérés comme des malades chez qui la maladie est devenue un état habituel.

Chez les uns comme chez les autres, l'excitabilité particulière du système nerveux prédispose à la maladie de Beard.

Ce qui est intéressant à observer, c'est que ces états particuliers constituent une prédisposition favorable, mais le plus souvent par elle-même in-

1. Levillain, *loc. cit.*, p. 8.

suffisante à l'éclosion de la forme neurasthénique.

C'est pour bien accentuer les différences qui existent entre ces états que Bernheim a pu dire :

« Pour être nerveux, on n'en est pas pour cela névropathe. On peut être nerveux sans être névropathe comme on peut être lymphatique sans être scrofuleux. Le tempérament nerveux prédispose à la névropathie comme le lymphatisme prédispose à la scrofule[1] ».

Pour être complet, il faut encore ajouter un terme à la comparaison : dire qu'on peut être névropathe sans être neurasthénique, constater que le fait est fréquent dans l'entéroptose, et reconnaître ainsi combien la nosologie de la pathogénie nerveuse est encore incomplète et pleine d'inconnues.

Glénard est, croyons-nous, le premier qui ait nettement fait cette distinction clinique ; avec sa façon toujours si concise de traduire sa pensée, il avait du même coup exprimé la nôtre.

En effet, à propos de l'opinion, qu'on lui a à tort prêtée, et contre laquelle il se défend, d'avoir présenté la neurasthénie comme le syndrôme constant de l'entéroptose, Glénard s'exprime ainsi : « S'il m'est permis d'exposer ma pensée par une comparaison, je dirai que *nervosisme* signifie mobilité, *névropathie* signifie mouvement, *neurasthénie* signifie forme ou direction de mouvement. Or la mobilité n'engendre pas le mouvement, pas plus que la girouette ne fait tourner le vent. »

« Entre le nervosisme qui indique un « *tempérament* » ou, si l'on veut, une susceptibilité, et la neurasthénie qui indique une *maladie*, à forme névropathique en rapport avec cette susceptibilité,

1. Bernheim, *Revue de l'hypnotisme*, février 1892.

doit trouver place (lorsqu'est survenue une cause morbide accidentelle) un élément pathogénique intermédiaire jouant le rôle de cause prochaine de la neurasthénie et situé en dehors du système nerveux [1] ». Cet élément, Glénard le trouve le plus souvent dans une perturbation fonctionnelle du foie.

Ces observations préalables étaient nécessaires parce qu'elles trouvent leur application dans la pratique.

Quand l'entéroptose vient à se développer chez les nerveux comme chez les névropathes, l'impressionnabilité, l'hyperexcitabilité du système nerveux donne à la maladie des caractères vraiment particuliers, et ici encore, le praticien, s'il n'est prévenu, risque de faire fausse route.

Chez les gens simplement nerveux, les *sensitifs*, la forme de la maladie se résume en un mot : l'exagération des manifestations douloureuses; cette exagération va quelquefois jusqu'à dénaturer la physionomie de la maladie.

Mais la vraie forme nerveuse, celle sur laquelle il faut insister, parce que l'entéroptose y revêt une physionomie absolument protéiforme, est celle qu'on observe chez les *névropathes*.

C'est là que le praticien non averti est exposé à se perdre dans le dédale de symptômes ou de malaises qu'accuse le malade.

On reconnaîtrait difficilement par exemple un déséquilibré du ventre dans l'observation suivante :

Obs. II. — *Entéroptose traumatique* (Trastour).

« Le 26 juillet 1887, on me prie d'aller visiter Mlle L...,

1. F. Glénard, *Résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabétiques*, p. 63. Paris, 1890.

tailleuse, âgée de 48 ans, qui, depuis trois ans, ne peut sortir de chez elle.

« Quand je frappe à sa porte, elle est prise d'un tremblement nerveux, ne peut me répondre, est obligée de s'asseoir. J'apprends qu'elle n'est plus réglée depuis deux ans, qu'elle a eu une foule d'indispositions, supposées graves, mais aussi des crises nerveuses; elle tremble dès qu'elle est debout; son cœur, dit-elle, bat dans tout son corps...

« Je constate que le cœur est sain, la respiration normale; la femme est très maigre; le ventre mou, flasque, sans résistance. Je soulève à deux mains la masse abdominale; la malade se sent plus à l'aise.

« Le rein droit est abaissé, déplacé en bas et en avant. Mlle L... se souvient avoir soulevé, souvent, pendant six mois, un frère malade; avoir porté un gros paquet de linge, avec de grands efforts.

« Bref, je lui explique qu'elle doit se soulever et se soutenir le ventre avec une ceinture élastique; qu'elle fera elle-même; avec cela, je prescris la valériane en poudre.

« Trois semaines après, le 19 août, je vois arriver Mlle L... à ma consultation. Elle est bien mieux, grâce à la ceinture. Elle se tient debout, marche, n'est presque plus nerveuse; le tremblement, les palpitations ont cessé [1]. »

Comment songer à l'entéroptose chez pareille malade qui ne fait pas même mention de troubles digestifs.

Cette observation est un bel exemple de la manière dont les phénomènes nerveux peuvent par leur prédominance, compliquer la scène, au point de dénaturer absolument la physionomie de la maladie.

L'entéroptosé à forme névropathique, peut simuler une foule de maladies, il peut être pris tantôt pour un hypochondriaque, tantôt pour un hystérique, le plus souvent pour un de ces névropathes dont la maladie reste un mystère.

1. Trastour, *loc. cit.*, p. 25.

Ces erreurs de diagnostic se retrouvent à la seconde comme à la troisième période de la maladie de Glénard. Dès la période d'état en effet le tempérament névropathique imprime à l'entéroptose une physionomie protéiforme. Souvent même des symptômes simplement névropathiques sont dans la pratique pris pour des accidents neurasthéniques. J'en trouve une preuve dans l'intéressante observation de Trastour que je citais à l'instant.

Nous n'y voyons qu'un cas d'entéroptose à forme névropathique ; la transformation de cette malade en trois semaines de traitement est une confirmation de notre manière de voir.

Cependant le médecin de Nantes cite cet exemple comme un cas type d'entéroptose avec neurasthénie.

Certains esprits verront dans ces formes névropathiques des manifestations hystériques. Admettre l'hystérie sans crises et même sans stigmates, comme on voudrait faire dans ces cas, « c'est refaire, de l'hystérie, la bonne à tout faire, » c'est étendre sans raison, le champ d'une maladie qui est désormais nettement limitée.

L'hystérie vient parfois compliquer l'entéroptose, mais elle mérite, moins encore que la forme simplement nerveuse, une description spéciale.

En résumé, dans le but de rendre cette description plus simple et plus pratique, nous avons réduit, le plus possible, le nombre des formes cliniques de l'entéroptose.

Les principales variétés que nous avons admises, constituent autant de types de la maladie ; elles correspondent, du moins dans les grandes lignes, presque à autant de variétés étiologiques, en ce

sens que toutes présentent une pathogénie quelque peu spéciale.

La forme *asthénique* est souvent une ébauche d'entéroptose qui, faute de terrain favorable s'arrête dans son évolution.

La forme *entasique* a une origine traumatique et présente souvent un début franchement aigu.

La forme *dyspeptique* est habituellement l'entétéroptose qui se développe sur un terrain arthritique.

La forme *neurasthénique* est une variété qui trouve le terrain non-seulement favorable mais nécessaire à son développement, car, même parmi les entéroptosés, n'est pas neurasthénique qui veut.

La forme *nevropathique* est encore une variété exigeant un terrain préparé par une impressionnabilité particulière du système nerveux.

Ces rapprochements, trop séduisants pour ne pas être faits à l'appui des formes principales que nous avons admises, n'ont rien d'absolu. C'est ainsi que l'arthritisme constitue à la fois une prédisposition aux formes gastriques et neurasthéniques, et que, chez les candidats à la neurasthénie, la première variété est souvent un acheminement vers la seconde.

Même observation en ce qui concerne la forme névropathique et la forme neurasthénique.

Le tempérament névropathique prédispose aux deux variétés; souvent la forme névropathique n'est qu'un acheminement vers la forme neurasthénique ; et il n'est pas rare dans ces conditions que les deux formes se trouvent associées chez le même sujet.

J'admets des formes, parce que, dans une description clinique il en faut; mais ces formes, je le

répète, n'ont rien d'absolu. On ne pouvait d'ailleurs, croyons-nous, être plus sobre.

Ces variétés cliniques paraîtront encore plus fondées, quand nous établirons par la suite qu'à chacune d'elles répondent des indications thérapeutiques quelque peu particulières.

Il y aurait encore tout un chapitre, intéressant au premier chef, à écrire sur les formes cliniques de l'entéroptose qui doivent leurs caractères particuliers à la variété où à la prédominance de ptose qui amène la déséquilibration abdominale.

Faute d'éléments suffisants, nous ne faisons que l'indiquer.

L'étude et le traitement de la néphroptose nous donnent une idée de l'impulsion que ce chapitre nouveau de thérapeutique et de pathologie donnerait à la question de la splanchnoptose.

Tuffier dans un savant travail sur la néphroptose a décrit trois formes de rein mobile, la forme douloureuse, la forme dyspeptique, la forme neurasthénique. La forme latente, c'est-à-dire le rein mobile ne se traduisant par aucun accident, est au moins intéressante à signaler.

Chacun sait que la connaissance de ces formes multiples a fourni des indications spéciales pour le traitement de la néphroptose ; c'est elle qui a donné naissance à la néphrorraphie et à la néphropexie.

La récente communication de Thiriar[1] au Congrès de Bruxelles est sous ce rapport, pleine d'enseignements.

1. Thiriar, de Bruxelles, *Des troubles de l'appareil génital de la femme consécutifs au rein mobile*, (*Mercredi méd.*, 12 octobre 1892).

Le même intérêt pratique se dégagerait de l'étude de la part de chaque ptose des organes splanchniques dans la déséquilibration abdominale.

La connaissance approfondie que l'on en prendrait amènerait des indications spéciales ; elle renouvellerait l'histoire du rein flottant dont tous les méfaits étaient encore inconnus il y a une trentaine d'années.

Les rapports du prolapsus utérin ou métroptose avec la déséquilibration abdominale, seraient une question particulièrement riche en résultats pratiques.

Il est certain que, dans des cas relativement rares, les accidents de la métroptose sont enrayés par la pose d'un pessaire, par une intervention chirurgicale ; il en est d'autres où ces moyens échouent complètement. Il serait intéressant de suivre un certain nombre de ces utérines et pseudo-utérines, de faire chez elles la part du traitement de la métroptose seulement, puis celle du traitement de la déséquilibration abdominale, enfin de voir l'influence des deux traitements combinés.

Il naîtrait de ces recherches une idée directrice qui nous apprendrait à mieux connaître et à mieux traiter nos malades.

L'avenir dégagera un peu à la fois toutes ces inconnues qui restent dans la vaste question de la splanchnoptose.

DEUXIÈME PARTIE

ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC. — SIGNES OBJECTIFS

La déséquilibration abdominale, nous l'avons vu, provoque des troubles très divers, et présente, en même temps que de multiples formes cliniques, une marche et une évolution bien irrégulières.

Néanmoins, malgré la diversité des troubles et la multiplicité des formes, malgré l'irrégularité de l'évolution et de la marche, la maladie offre toujours un fond commun, un ensemble de traits qui lui donnent une physionomie assez typique, suffisamment *sui generis*, pour que immédiatement ils fassent penser à l'entéroptose.

C'est pour faire ressortir cet ensemble de traits que nous les avons groupés et mis en relief, sans nous soucier outre mesure dans notre description de l'ordre classique.

Ces éléments de diagnostic sont d'une grande importance dans la pratique ; toutefois, dans les cas difficiles, particulièrement quand il s'agit d'accidents neurasthéniques, ils ne suffisent pas pour reconnaître l'entéroptose à coup sûr et pour la différencier de la maladie de Beard.

Heureusement, il est encore d'autres moyens d'approfondir son examen et d'assurer un diagnostic de précision.

Ces moyens, tant en raison de leur importance que pour être toujours clair et méthodique, nous

les avons distraits de la description de l'entéroptose.

Ils sont au nombre de trois, à savoir :

1° Les signes objectifs.

2° L'épreuve et la contre-épreuve de la sangle.

3° L'épreuve du traitement de l'entéroptose.

Il nous reste maintenant à en faire une étude détaillée.

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION DE L'ENTÉROPTOSE. — SIGNES OBJECTIFS

La recherche des signes objectifs de l'entéroptose doit, pour être poursuivie avec succès, se faire avec méthode, et s'aider des différents procédés classiques habituellement mis en usage.

L'inspection générale du sujet, l'inspection la palpation superficielle et l'exploration profonde de l'abdomen doivent tour-à-tour fournir chacune leurs renseignements.

I. *L'inspection générale* du sujet commence avec l'interrogatoire ; elle se fait d'autant mieux à ce moment, que le sujet ne la soupçonne pas.

C'est toujours une consolation pour un malade, surtout pour un chronique, que de raconter l'histoire de ses misères. — Le mot du poète est bien fondé :

A raconter ses maux, souvent on les soulage.

Procurez à votre malade ce soulagement, et même offrez-le lui, s'il ne le prend pas de lui-même. Nous sommes tout à fait de l'avis de Trastour. « Les déséquilibrés du ventre qui vous consultent, vous racontent, dit-il, d'abord toutes sortes de cho-

ses sur leur estomac, sur leur cœur, sur leur tête, et vous affirment parfois n'avoir jamais souffert du ventre. Il faut bien les laisser parler quelques instants, pour leur propre satisfaction, sinon (ou plutôt et) pour notre instruction. Mais, pendant qu'ils énumèrent leurs longues souffrances, on les regarde en clinicien, et déjà, il est facile de constater bien des faits importants ».

L'inspection générale dénote que les entéroptosés sont, en général, maigres et pâles; ils ont une attitude un peu spéciale, et sont penchés en avant, ou plutôt (l'expression est poétique, mais la comparaison est exacte), ils sont inclinés comme des lys.

Un signe fréquent de la physionomie que je n'ai pas encore trouvé signalé, c'est que les malades de cette catégorie paraissent souvent plus jeunes que leur âge.

Cette constatation, qui est de nature à ne contrarier personne, n'est pas sans importance, car étant donné l'état continuel de souffrance du malade, l'esprit est plutôt porté à croire le contraire.

La *langue* est assez bonne, à peine saburrale à la base; elle est pâle, étalée, en somme meilleure que l'estomac dont elle est le miroir; même lors que les malaises dyspeptiques sont accentués, son aspect ne se modifie que légèrement. Il faut, ce semble, des accidents aigus, telle qu'une indigestion, un embarras gastrique, pour que la langue devienne franchement mauvaise.

Quoique la langue soit peu chargée, l'*haleine* est souvent fétide. « Cette fétidité de l'haleine est fréquente chez les atoniques gastriques ou intestinaux dont le tube digestif est le siège de fermentations internes. On sait que la presque totalité des

gaz intestinaux est éliminée par la voie pulmonaire, Aussi ne faut-il pas s'étonner si cette fétidité résiste à l'hygiène buccale la mieux entendue [1]. »

II. *L'inspection de l'abdomen* permet de constater un ventre mou dont la paroi ne présente pas de résistance, c'est ce qui a fait dire que ces malades étaient des sujets sans ventre; c'est aussi ce qui facilite l'exploration profonde de l'abdomen.

La paroi abdominale qui, à l'état normal, fait l'office d'une sangle ventrière extrêmement élastique, est devenue trop lâche pour remplir désormais sa fonction. — Par suite, la masse intestinale n'est plus soutenue; dans le décubitus dorsal, vous la trouvez s'étalant vers les flancs; dans la station verticale au contraire elle tombe passivement en avant et en bas. C'est ce trouble statique abdominal qui donne aux malades cet air incliné comme un lis qui frappe à la première inspection du sujet.

III. *La palpation superficielle* du ventre permet de constater des points douloureux dûs, les uns aux tiraillements continuels des ligaments qui tiennent le tube digestif suspendu, les autres à l'irritation douloureuse et à la constipation qui sont si fréquentes dans l'entéroptose.

Ces points douloureux sont loin d'être constants comme intensité. Ils dépendent souvent de la régularité des fonctions de l'intestin et du degré plus ou moins accentué d'irritation qui en est la conséquence. Cependant d'une façon habituelle l'abdomen a certains endroits sensibles.

Quant au siège de ces points douloureux, ils se trouvent à l'extrémité de la neuvième côte, dans le flanc droit et sur une zône de deux travers de doigt

1. Malibran, *loc. cit.*, p. 186.

à partir et au-dessus de l'ombilic. La sensibilité douloureuse est surtout péri-ombilicale.

Ces points ne sont pas particuliers à l'entéroptose. Leven les indique comme existant d'une façon presque constante dans le groupe d'affections qu'il a décrites sous la dénomination de *névrose*[1]. S'ils ont, par eux-mêmes, peu de valeur, il faut au moins connaître leur existence, pour que leur constatation, loin de dérouter, confirme à l'occasion le diagnostic.

IV. L'*exploration abdominale profonde* doit porter tour-à-tour sur les différents organes du ventre en commençant par l'intestin qui est l'organe le plus souvent atteint dans l'entéroptose.

« Les ventres mous permettent à la main de pénétrer jusqu'à la paroi postérieure de l'abdomen; on arrive si vite à la colonne vertébrale qu'on se demande à quel degré se trouve réduite la masse intestinale[2]. »

La *réduction de la masse intestinale*, la sensation d'un ventre creux sous la main est le premier signe qui frappe; c'est ce que Glénard a désigné sous le nom d'*hypotase abdominale* (diminution de tension). Cette réduction est due au rétrécissement de l'intestin, en d'autres termes, à l'entéro-sténose qui commence avec la période d'état et souvent ne fait que s'accentuer par la suite.

Elle est la conséquence de la gêne que le prolapsus de l'intestin apporte à la progression des aliments et à la circulation du sang en même temps que du régime spécial que les troubles digestifs obligent d'adopter.

1. Leven, *loc. cit.*
2. Trastour, *loc. cit.*; 2e étude, p. 31.

L'intestin ne fonctionne plus comme dans les conditions ordinaires, et si la fonction fait l'organe, le repos le réduit et l'atrophie.

Le fait d'observation ancienne que l'estomac ou plutôt le tube digestif se ferme, c'est-à-dire se rétrécit, quand il est soumis à une diète prolongée, trouve ici sa vérification.

L'exploration abdominale ne note rien de particulier du côté de l'intestin grêle; il n'en est pas de même du côté du gros intestin.

Là on constate les différentes modifications que Potain a décrites comme signes de la colite chronique. « L'intestin est comme revenu sur lui-même et forme une sorte de cylindre résistant; c'est surtout au niveau du *cœcum* qu'on le constate avec facilité. C'est plus rarement le cas pour le colon ascendant. Au niveau de l'*S iliaque,* qui repose sur un plan résistant, facilitant l'examen, on constate sans difficulté cette rétraction de l'intestin[1] » qui échappe, on le comprend, pour le colon transverse; en effet, outre que cette partie du gros intestin est rarement atteinte, elle fuit aussi devant la main qui l'explore.

D'après Potain, le gros intestin a la forme d'un cylindre résistant « d'un gros cordon » a dit Glénard, facilement perceptible à droite au niveau du *cœcum,* à gauche à la hauteur de l'*S iliaque*, difficilement accessible au contraire au niveau du colon ascendant et du colon transverse.

Bien avant le médecin de Paris, Glénard a donné à la description de la colite chronique liée à l'entéroptose, une forme plus précise, des caractères plus nettement déterminés. Cette description détaillée, si

1. Potain, *De la colite chronique*; (*Semaine médicale*, 31 août 1887).

longue qu'elle soit, trouve naturellement ici sa place.

« Dans cette affection, dit-il, le rétrécissement porte sur tout l'intestin notablement diminué de volume, mais principalement sur le *colon transverse*, sur l'*S iliaque* et sur le *cœcum*. »

Les figures 1 et 2 (pages 70 et 71) sont instructives par le contraste qu'elles offrent. L'une représente le gros intestin à l'état normal, l'autre l'extrême degré de sténose que l'on peut parfois rencontrer dans l'entéroptose.

Le savant médecin de Lyon a poussé l'esprit d'observation jusqu'à chercher et trouver à chacune des trois portions de l'intestin sténosé des caractères particuliers.

Il décrit en ces termes la rétraction du colon transverse « cette partie de l'intestin qui, d'après Potain, fuit devant la main qui l'explore ».

1° Le *colon transverse*, qui à l'état normal est du volume du poing, se retrécit et se présente à l'exploration sous la forme d'une corde rigide qui souvent ne dépasse pas l'épaisseur du pouce. Il est situé à 1 ou 2 centimètres au-dessus du nombril et donne la sensation d'une petite masse résistante ou plutôt d'une corde aplatie large de 2 à 3 centimètres, épaisse de 1 centimètre, longue de 5 à 6, et perpendiculaire à l'aorte.

Le meilleur moyen de sentir cette corde est d'appuyer du bout des doigts à 2 centimètres au-dessus du nombril et de faire soupirer le malade. On sent la corde monter et descendre. En la tirant en bas, on sent qu'elle résiste, puis abaissée jusqu'au nombril, elle échappe aux doigts qui voulaient la faire descendre et remonte à sa première position.

Il y a pour le malade et pour le médecin, une sensation de ressaut très nette.

C'est ce signe que Glénard a appelé la *corde colique transverse*.

2° L'abaissement et le retrécissement du colon transverse donnent lieu à un autre signe de valeur qui est la perception des *battements épigastriques*.

En effet, le colon, qui d'ordinaire empêche par son volume de percevoir ces battements, est dans l'entéroptose une petite masse assez dure, placée au devant de l'aorte, et transmettant les battements épigastriques.

Ces battements se sentent toujours à gauche de la ligne médiane sur le trajet de l'aorte, sur une longueur de 2 à 5 centimètres, limitée en haut, par l'extrémité de la neuvième côté gauche, en bas par l'ombilic et ayant 1 centimètre de large; leur siège qui est l'aorte explique leur localisation si précise.

3° L' *S iliaque,* cette portion de l'intestin si grosse à l'état normal, est considérablement retrécie dans l'entéroptose.

En effet si, du bout des doigts, on comprime le flanc gauche parallèlement au pli de l'aine, on sent sur une largeur de 4 à 6 centimètres et, on fait rouler sous les doigts, un cordon dur et étroit, donnant, par son volume et sa consistance, une sensation analogue à celle que donne le tendon du demi-tendineux en relâchement.

Ce cordon est le gros *S iliaque* appelé *le cordon iliaque gauche*. « Vraiment, observe justement Glénard, on ne pourrait s'imaginer qu'une telle sensation pût être produite par l'*S romanum*, pas plus qu'on ne croyait possible tout à l'heure que le transverse revêtit l'apparence d'une corde.

« Quand on songe que ces intestins, quand ils sont dilatés, occupent, celui-ci, la moitié de la cavité abdominale, et celui-là plus du tiers, quand on

pense aux descriptions anatomiques classiques et aux gravures qui les représentent dans leur état normal, on conçoit quelle surprise on éprouve et

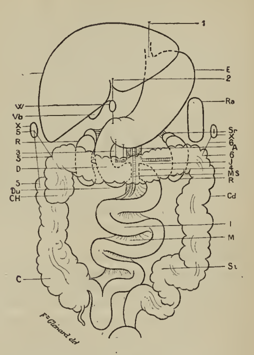


Fig. 1. — Schéma de l'état normal[1].

A, Aorte; — E, estomac; — C, cæcum; — Cd, côlon descendant; — CH, coude droit du côlon; — D. duodénum; — F, foie; — Du, bas fond du duodénum; — I, iléon; — J. jéjunum; — M, mésentère; — Ms, art. més. sup.; — R, rein; — Ra, Rate; — Si, S iliaque; — Sr, caps surrénale; — Vb, vésicule biliaire; — W, hiatus de Winslow; — X, 10e côte.

1, Œsophage; — 2, bord wiuslowien de l'épiploon gastro-hép; — 3, ligament pylori-colique; — 4, ligament mésént. sup; — 5, repli suspenseur du coude droit; — 6, ligament pylori-colique.

1. F. Glénard, *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse, détermination d'une espèce. De l'entéroptose.* Paris, Masson, 1885, p. 67.

combien il faut de constatations multipliées et de preuves péremptoires pour admettre sur le vivant,

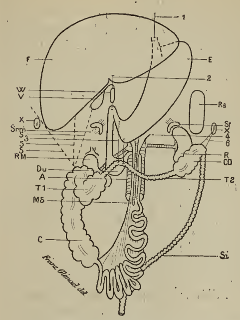


Fig. 2. — Schéma de l'entéroptose (dyspepsie compliquée dans ce cas d'un rein flottant)[1].

A, Aorte (*bétt. épig.*); — C, cæcum (*boudin déjeté en dedans*); — CD, coude droit du côlon (*à sa place*), précédé d'une dilatation ampulaire; — Du, bas fond du duodénum; — E, estomac, tiré par le tranverse; — F, foie; — Ms, mésent. sup. coupée; — R, rein; — Ra, rate; — RM, rein flottant du 2e degré (Fr. Glénard); Si, *cordon iliaque gauche*; — Sr, caps surrénale; *sm*, id. droite, avec son ligament d'union au rein déchiré après distension (d'où ectopie du rein (Fr. Glénard); T1, première anse du tranverse en prolapsus; — T2 *corde colique transverse*; — X, 10e côte; — V, vésicule biliaire; — W, hiatus.

1, — Œsophage; — 2, bord winslowien de l'épiplon gastro-hop; — 3, ligament pyloro-colique; — 4, ligament mésent. sup.; — 5, repli suspenseur du coude droit; — 6, ligament pyloro-colique.

1. F. Glénard. *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse, détermination d'une espèce. De l'entéroptose.* Paris, Masson, 1885, p. 67.

et chez un sujet dont la dyspepsie est la seule maladie, que ces cordons étroits ont bien la signification que je leur donne.

« Or, on peut s'assurer que ce cordon iliaque est bien l' *S romanum* ; on peut le faire crépiter sous la pression, et je l'ai trouvé maintes fois sur le cadavre avec le volume d'une plume d'oie, de même que le transverse sous l'aspect d'une corde »[1].

4° Le *cæcum* présente aussi des changements importants à noter au point de vue clinique.

Il est déjeté en dedans, cylindrique, rénitent et donne une sensation qui ne peut mieux se comparer qu'à celle donnée par un boudin de 4 à 5 centimètres de diamètre.

La pression détermine une sensation comparable à une piqûre qui est parfois douloureuse, et fait souvent percevoir de la crépitation et un fin gargouillement qui contrastent avec l'état habituel de constipation du sujet.

Pour donner aux signes qu'il a si cliniquement décrits une dénomination imagée qui se fixe dans l'esprit, Glénard a appelé ce dernier signe le *boudin cæcal*, de sorte qu'en résumé, dans l'entéroptose, outre les battements épigastriques si faciles à percevoir, l'exploration profonde au niveau de la région ombilicale vous fait découvrir une *corde*, celle du flanc gauche, un *cordon*, et celle du flanc droit, un *boudin*.

Le moment n'est venu ni d'apprécier ces signes, ni d'en décrire leur portée pratique.

L'exploration abdominale fait donc découvrir plusieurs signes du côté de l'intestin.

Elle doit s'étendre à tous les viscères abdomi-

1. F. Glénard, *Loc cit.* p. 36.

naux, renseigner sur la position, les dimensions et l'état des différents organes, chercher les ptoses possibles.

Cette exploration ne peut être complète qu'à condition de porter séparément sur chaque organe.

Glénard a posé ce principe de la nécessité de l'examen isolé de chaque organe, et, à force de recherches, est arrivé à indiquer un procédé spécial pour l'exploration de chacun d'eux.

Son procédé d'exploration dit *procédé du glissement* appliqué à l'examen de la masse intestinale est appelé à familiariser le praticien avec l'état de sténose ou de dilatation que présente l'intestin dans nombre d'affections des voies digestives.

Son *procédé du pouce* [1] a permis non seulement de reconnaître des lésions hépatiques qu'avant lui on ne soupçonnait pas, mais de créer quatre types objectifs nouveaux : le foie déformé, le foie abaissé, le foie à ressaut, le foie sensible sans hypertrophie.

Le foie est souvent atteint dans l'entéroptose, et, dans tout examen il doit être l'objet d'une exploration méthodique. Le procédé de Glénard constitue certainement un réel progrès.

Rein mobile. — Parmi les organes qu'il importe d'examiner dans l'entéroptose, il en est un dont la ptose d'ailleurs fréquente, doit attirer l'attention d'une façon spéciale, c'est le *rein mobile*.

Glénard a beaucoup facilité la recherche de la néphroptose par un procédé dit de la *palpation néphroleptique* (λαμβάνω, je saisis à l'affût).

Ce procédé spécial pour le rein forme avec le

1. F. Glénard. *A propos d'un cas de neurarthènie gastrique. Diagnostic de l'entéroptose.* (*Province méd.*, 16 avril 1887).

F. Glénard, *Exploration bimanuelle du foie par le procédé du pouce*, Paris, 1892.

procédé de glissement pour l'intestin, le procédé du pouce pour le foie, un ensemble de moyens qui constituent la *méthode d'exploration abdominale* de Glénard [1].

La néphroptose présente des rapports si étroits avec la déséquilibration abdominale, et en est un élément si important, qu'il nous faut décrire ici en détail le moyen de la rechercher; en d'autres termes, la *palpation néphroleptique*.

Ce procédé comprend trois temps.

1[er] *Temps*. — Etreindre largement et solidement de la main gauche, pouce en avant, les quatre autres doigts en arrière, la zône des parties molles situées au-dessous du rebord costal; on a ainsi un anneau étroit, complété à sa partie interne, soit par la colonne vertébrale en arrière, soit par la main droite appliquée en avant au niveau de l'ombilic, le rebord cubital, un peu en haut, la face palmaire regardant à droite (*affût*). — Faire alors respirer profondément le malade plusieurs fois de suite. Normalement, on ne doit rien sentir descendre entre les doigts. Si l'on sent descendre quelque chose (ptose) entre les doigts, *on place peu à peu ceux-ci en tâtonnant pendant une série d'inspirations profondes sur le trajet exact de la ptose*, en portant le pouce le plus haut possible au dessous du rebord costal.

2[e] *Temps*. — Cela fait, il faut retenir la ptose entre le médius et le pouce gauches : pour cela, lorsque la ptose paraît avoir atteint la limite infé-

1. Dans une étude clinique récente intitulée : *De l'exploration méthodique de l'abdomen dans les maladies de la nutrition* (*Revue théorique et pratique des maladies de la nutrition*, n[os] mai, juin et suiv. 1893), le D[r] Glénard vient de mettre en relief les nombreux avantages de sa nouvelle méthode d'exploration.

rieure de son incursion, on augmente brusquement la constriction exercée à travers la paroi abdominale par les doigts, en rapprochant le plus possible l'un de l'autre les extrémités du médius et du pouce gauches à travers les tissus. En même temps, la main droite veille à ce que la ptose ne soit pas déviée vers la ligne médiane (*capture*).

3e *Temps*. — Enfin, pour apprécier les différents caractères de siège, forme, consistance, volume, sensibilité, etc. de la ptose, il faut *la laisser échapper*, en la faisant passer de bas en haut, entre les doigts de la main gauche, au-dessous du pouce qui joue ici le rôle intelligent (*échappement*). Pour cela, la ptose étant « captive », on écarte légèrement l'une de l'autre, tout en les abaissant, les extrémités du pouce et du médius gauches, et on exerce une certaine compression de bas en haut et de dedans en dehors avec la main droite; la ptose remontera ainsi sous le pouce gauche, et, si cette ptose est formée par le rein, par exemple, on aura à ce moment-là un ressaut visible à l'œil et dont le malade a parfaitement la sensation.

Ce procédé d'exploration renseigne très exactement sur la position du rein, et on se rend compte très bien d'une ectopie rénale qui passerait inaperçue autrement.

M. Glénard distingue quatre degrés dans le prolapsus du rein (*néphroptse*) qui, à l'état normal, ne peut pas être atteint :

a) La *pointe de néphroptose ou néphroptose au premier degré*, dans laquelle on ne sent, par la palpation néphroleptique, que le pôle inférieur du rein, à la fin de la période d'affût.

b) La *néphroptose au deuxième degré*, dans laquelle on peut retenir tout le rein entre les doigts,

sans pouvoir toutefois former, avec les doigts, un sillon en comprimant les tissus au-dessus du rein.

c) La *néphroptose au troisième degré*, dans laquelle on peut, en rapprochant le pouce et le médius gauches, former un sillon net au-dessus du rein. C'est le rein mobile des auteurs.

d) La *néphroptose au quatrième degré ou rein flottant*, c'est le rein que l'on sent à travers la paroi abdominale antérieure par la simple palpation classique[1].

En procédant avec une pareille méthode, la néphroptose ne peut échapper à votre examen.

La série des signes objectifs est presque terminée.

Il en est pourtant encore un important à signaler.

Ce sont les fèces rubanées ou scybaliques qui sont constantes dans l'entéroptose, et qu'on retrouve étroitement moulées dans les débacles qui succèdent parfois à la constipation.

La constipation en effet produit des matières dures, ovillées, desséchées qui souvent séjournent bien longtemps dans le gros intestin, et occasionnent des douleurs assez violentes; puis, soit spontanément, soit sous l'influence d'un purgatif, elle fait place à de véritables débacles intestinales qui entraînent dans un flot séreux abondant, tantôt ces fèces dures et pralinées, tantôt des matières solides à moitié ramollies, souvent accompagnées de *glaires* ou de *membranes*.

Les anciens avaient bien raison lorsque, guidés par leur esprit d'observation, ils avaient constam-

1. Kaplan, *Cont. à l'Étude de l'Entéroptose*. Th. Paris, 1889.

ment, dans les maladies des voies digestives, l'attention fixée du côté des selles.

Une description clinique gagne toujours à être ramenée à ses points essentiels.

En résumé, la recherche méthodique des signes objectifs de l'entéroptose permet de constater :

1° A *l'inspection générale*, un sujet habituellement maigre et pâle, apparemment plus jeune que son âge, au corps légèrement penché en avant, incliné comme un lis.

2° A *l'inspection de l'abdomen*, un ventre mou, sans paroi, où l'intestin, désormais sans soutien, tombe passivement en avant et en bas dans la station verticale, et au lit s'étale vers les flancs.

3° A *la palpation superficielle*, une sensibilité péri-ombilicale s'étendant et s'exagérant surtout dans le flanc droit.

4° A *l'exploration profonde*, la sensation d'un ventre vide sous la main, la rétraction du gros intestin qui se présente sous la forme d'un cylindre résistant plus ou moins sensible, à *droite* au niveau du cœcum, *à gauche* au niveau du colon descendant et de l'*S iliaque*, et, d'après Glénard et notre expérience personnelle, *au milieu*, un peu au-dessus de l'ombilic, sous forme d'une corde; enfin la perception des battements épigastriques, un peu au-dessus et à droite de l'ombilic.

5° La présence de selles dures, rubanées ou scybaliques.

CHAPITRE II

L'ÉPREUVE ET LA CONTRE-ÉPREUVE DE LA SANGLE L'ÉPREUVE DU TRAITEMENT COMPLET

I. L'ÉPREUVE ET LA CONTRE-ÉPREUVE DE LA SANGLE. — A mesure qu'on avance dans cette étude de l'entéroptose, surtout au point de vue clinique, chaque élément nouveau de la question contribue à affermir ou du moins à contrôler le diagnostic.

L'étude du malade nous a fixés sur la nature de la maladie. L'étude du traitement, pour ainsi dire vraie pierre de touche dans l'espèce, va nous fixer sur le bien-fondé de notre diagnostic.

Le côté intéressant des recherches du médecin de Lyon, c'est qu'elles ont une portée thérapeutique de premier ordre.

Le côté vraiment séduisant et pratique du diagnostic de l'entéroptose, c'est la conséquence thérapeutique qui s'en dégage. Vous n'êtes plus les bras croisés, devant une chronique que vous considérez comme incurable, et que, de fait, vous êtes incapable de soulager dans ses souffrances. En découvrant la maladie, vous découvrez tout un traitement aussi spécial que nouveau à instituer. Et la thérapeutique a des effets si nets, qu'elle devient elle-même un moyen de diagnostic.

C'est comme moyen de diagnostic, qu'empiétant quelque peu sur le traitement, j'aborde ce côté de la question sous le nom d'*épreuae et contre-épreuve de la sangle*.

L'épreuve de la sangle a, dans la pratique, une valeur si décisive, qu'elle est, de l'avis de Glénard, un moyen de diagnostic capital.

Si, dans le but de relever et de soutenir l'intestin, on applique une ceinture abdominale qui comprime l'hypogastre de bas en haut, on assiste à une véritable transformation. On voit brusquement les symptômes de tiraillements, de constriction, de pesanteur, de fringale, la sensation de faiblesse générale, de fatigue, c'est-à-dire les signes de la deuxième et de la troisième périodes se dissiper et, chose au moins aussi bizarre, les aigreurs et les douleurs épigastriques de la première période s'aggravent si elles étaient atténuées, et reparaissent si elles sont latentes.

Glénard décrit en ces termes ce changement à vue : « Si l'on applique la sangle chez un entéroptosique à la deuxième ou la troisième période, avant qu'il prenne son principal repas, qu'on l'invite à manger un peu solidement, il s'attendra, avec d'autant plus d'anxiété qu'on l'aura forcé à manger davantage, à voir reparaître deux heures et demie à trois heures après ce repas, les malaises qui s'emparent habituellement de lui à ce moment de la digestion.

« Mais non ! l'heure passe sans qu'il ait éprouvé cette faiblesse, cet abattement qui l'obligeaient au repos, ces sensations de pesanteur, de délabrement, de constriction, de fringale, qui l'absorbaient, le condamnaient à l'isolement, frappaient son physique et son moral, accablaient l'expression de la figure; il est émerveillé de ne ressentir à la place que du gonflement, de l'empâtement, quelques éructations, quelques aigreurs, à peine du pyrosis.

« On ne saurait imaginer de transformation plus surprenante !

« Qu'on lui enlève, à ce moment, sa ceinture hypogastrique, et instantanément il verra revenir les

sensations de faiblesse, de délabrement, de tiraillement, de constriction, de spasme; mais, chose remarquable, il exprimera, pour la première fois, une sensation nouvelle pour lui, celle de la « chute du ventre » et il reconnaîtra lui-même, avec étonnement, que s'il est délabré, abattu, ce n'est pas parce qu'il est faible! que, s'il est faible, ce n'est pas parce qu'il est anémique; mais il dira qu'il est délabré, faible, abattu, parce que « son ventre n'est pas soutenu [1] ».

Ce sont ces sensations que Glénard décrit sous les noms d'épreuve et contre-épreuve de la sangle.

Cette épreuve est absolument démonstrative et ses résultats doivent être considérés comme décisifs même dans certains cas où elle peut être pratiquée dans le décubitus horizontal.

Dans le plus grand nombre de cas, elle fixe le diagnostic; il en est quelques-uns oú elle est sans résultat, et, peut même aggraver la situation du malade (Glénard); il faut donc ne pas négliger les autres signes objectifs pour arriver au diagnostic.

Glénard a simplifié cette épreuve de la sangle et rendu son application clinique plus facile, mais moins complète, en la faisant avec les mains.

A cet effet, on se place en arrière du malade, et à l'aide des deux mains placées sur les flancs, on *relève et soutient* le paquet intestinal.

Cette simple manœuvre fait éprouver aux malades un soulagement évident, une sensation de mieux-être immédiate.

Mais, si aprés avoir soutenu le ventre quelques instants, on le lâche brusquement « ils disent que tout tombe, qu'ils se sentent faibles; parfois, il

1. Glénard, *Dyspepsie nerveuse*, p. 83.

faut même y prendre garde, une sensation de défaillance allant jusqu'à la syncope, peut se produire ».

Cette épreuve clinique n'est pas aussi démonstrative que l'application de la sangle, qui, faite un peu avant le repas amène une véritable transformation du malade, et employée à tout autre moment, constitue une expérience des plus convaincantes. J'en avais tout dernièrement encore l'évidente démonstration en faisant cette épreuve à une malade souffrant depuis plusieurs années d'une affection jusque-là mal définie.

Aussitôt la ceinture appliquée, au même instant, la malade ressentit un bien-être qui la rendait rayonnante, elle marcha aussitôt avec plus d'assurance, se sentit plus ferme, elle éprouva un tel mieux-être qu'elle faisait des difficultés pour me rendre la ceinture que j'avais apportée pour faire l'expérience de la sangle, et quand je la lui retirait, elle se sentit mal et ses traits s'altérèrent.

Trastour tient en haute estime les résultats de l'épreuve de la sangle :

« Depuis que je m'occupe d'entéroptose dit-il, je suis frappé du nombre relativement considérable de femmes unipares qui se présentent à moi, souffrantes depuis des années, après une seule grossesse, réduites à une vie de misères interminables. Toutes, elles ont, sans profit subi les diagnostics d'anémie, de maladie utérine, de dyspepsie, de névropathie, etc... et les médications correspondantes.

« Quand on vient, par hasard, ou par intention, à les examiner au point de vue de l'entéroptose, tout à coup pour la première fois, les malades constatent que le médecin devine enfin leur mal

protéiforme et sa cause. L'épreuve de la sangle pelvienne est un trait de lumière, et l'intervention thérapeutique vient bientôt rendre l'espoir et le bien-être à des patientes découragées [1] ».

II. Épreuve du traitement complet. — Les signes subjectifs et objectifs de l'entéroptose, notamment l'épreuve et la contre-épreuve de la sangle, sont des éléments largement suffisants pour faire le diagnostic de l'entéroptose.

Si je fais entrer encore le traitement complet en ligne de compte, c'est non seulement parce qu'il est d'une réelle valeur diagnostique, mais parce que négligé, ou du moins méconnu dans son importance, il peut être, et il a souvent été, une source de mécomptes et même d'erreurs.

Le *traitement complet* de l'entéroptose est une condition *sine quâ non* de succès du traitement, comme son épreuve est un contrôle ultérieur de premier ordre du diagnostic établi.

Quand la maladie date de loin, l'amélioration de l'état général se fait parfois attendre; mais, du côté des voies digestives, le régime particulier et le traitement complet de l'entéroptose donnent des résultats inespérés et presque immédiats. Ces résultats sont si rapides qu'on peut dire que ce n'est pas une affaire de semaines, mais de jours.

Glénard le dit formellement lui-même [2] :

« Si le traitement complet, dont chacun des éléments aura été manié avec le degré d'énergie approprié à l'urgence de l'indication à laquelle il répond, si, dis-je, un tel traitement n'est pas de suite, c'est-à-dire le troisième jour, *décisif ainsi qu'il peut*

1. Trastour, *Loc. cit.*, p. 33.
2. Glénard, *Traitement de l'entéroptose*, loc. cit.

et doit l'être, c'est qu'une des indications est incomplètement remplie, ou bien qu'il y a erreur de diagnostic ou complication. Il faut, dans ce dernier cas, vérifier l'existence des symptômes et des signes caractéristiques de la maladie ; il faut, en outre, se rendre compte que l'entéroptose, avec sa pathogénie spéciale, peut évidemment coexister, ainsi que j'en ai cité plusieurs observations, soit avec le diabète, soit avec la vraie lithiase biliaire, soit avec l'ulcère rond, soit avec des altérations cicatricielles, post-dysentériques ou post-traumatiques de la muqueuse digestive, soit enfin avec des dégénérescenses viscérales, scléreuses ou cancéreuses. L'épreuve du traitement de l'entéroptose viendra, dans ces cas à syndrôme obscur et intriqué, servir de pierre de touche à la légitimité des soupçons que l'on pouvait avoir sur le diagnostic et le pronostic réels de la maladie ».

CHAPITRE III

DE LA VALEUR PRATIQUE DES SIGNES SUBJECTIFS ET OBJECTIFS DE L'ENTÉROPTOSE

Les discussions auxquelles a donné lieu la séméiologie de l'entéroptose, nous obligent, avant d'aborder la question du diagnostic, à discuter la valeur pratique des signes subjectifs et des signes objectifs de la maladie de Glénard.

I. Signes subjectifs. — Toute la valeur des signes subjectifs de l'entéroptose réside dans le syndrôme que leur ensemble constitue. Il en est en effet des symptômes de cette affection comme de ceux de la

neurasthénie, et, disons-le, de la plupart des syndrômes digestifs chroniques ; pris chacun isolément, ils ont par eux-mêmes peu de valeur; lorsqu'au contraire ils sont réunis, ils forment un syndrôme d'une haute portée pratique.

Lorsqu'à ce groupement symptomatique vient s'ajouter une donné étiologique en harmonie avec la pathogénie, le diagnostic pourrait souvent être posé d'une façon définitive, s'il n'était aussi téméraire que peu clinique de l'arrêter quand on n'a pas usé de toutes les ressources que la pratique présente pour l'asseoir d'une façon ferme et certaine.

Mais l'intérêt de ce chapitre est surtout dans la discussion de la valeur des signes objectifs.

II. Signes objectifs. — *Date d'apparition.* — Les signes objectifs de l'entéroptose n'apparaissent qu'à une époque assez tardive de la maladie. La date de leur apparition s'explique d'ailleurs par leur pathogénie même.

Si nous examinons ces signes, nous voyons en effet que les uns résultent de l'influence dystrophique, soit de la maladie sur l'organisme tout entier, soit de la cause qui l'a produite, sur la paroi abdominale. Tels sont la maigreur et la pâleur habituelles du sujet, son juvénilisme et son attitude inclinée, l'éclatement de la paroi abdominale et toute ptose d'origine traumatique.

Les autres sont surtout le fait ou plutôt la manifestation de la rétraction du gros intestin : de cet état mal défini que Glénard appelle entéro-sténose, terme par lequel il indique, sans vouloir l'interpréter, la constatation objective, et que je nomme colite chronique; de cet état complexe où l'inflammation catarrhale de l'intestin a certainement un rôle, et

où, comme l'observe Trastour, à côté d'une portion rétrécie, il en est souvent une dilatée.

La sensibilité douloureuse du ventre, « sorte de névralgie intestinale généralisée comme dit Auvard, qui dépend du trouble même des fonctions digestives » et, j'ajouterai, qui s'améliore avec lui, est un signe de colite chronique.

La rétraction du gros intestin se présentant sous la forme d'un cylindre résistant, plus ou moins sensible, à droite au niveau du cœcum, à gauche au niveau du col on descendant et de l'S iliaque, la perception des battements épigastriques, en d'autres termes, les meilleurs signes objectifs de l'entéroptose relèvent également de la colite chronique.

Telle est, à notre avis, la pathogénie de la plupart des signes objectifs que nous trouvons dans l'entéroptose. D'un côté comme de l'autre, il faut donc l'action du temps pour qu'ils se produisent, et cette action se chiffre plutôt par années que par mois.

Il en est pourtant dans le nombre plusieurs qui peuvent être beaucoup plus précoces.

L'éclatement de la ceinture abdominale et l'hypotase qui en résulte viennent parmi eux en première ligne. L'origine puerpérale suffit à expliquer la précocité de l'apparition de ces signes.

La néphroptose, dont nous approfondirons bientôt la valeur diagnostique, est également un signe objectif qui se rencontre souvent au début de la maladie. De même les différentes ptoses qui ont une origine traumatique.

Mais, à part ces signes, d'une façon générale les signes objectifs ne se perçoivent ou plutôt n'existent que lorsque la maladie est depuis quelque temps déjà arrivée à la période d'état.

Facilité de perception. — La facilité de la per-

ception des signes objectifs est encore un point bien discuté dans la question de leur réelle valeur pratique.

La plupart des signes objectifs de l'entéroptose sont, à notre avis, des signes de colite chronique, d'après Glénard, des signes d'entérosténose, c'est-à-dire de sténose, de retrécissement de l'intestin.

Au point de vue pratique, qu'il nous suffise de savoir qu'ils ne surviennent qu'à la suite de troubles digestifs prolongés et qu'ils se rencontrent souvent dans la pratique.

L'affection dont ils constituent les symptômes est en effet loin d'être rare. Comme l'observe Potain, « cette affection est peu connue peut-être à l'hôpital, mais elle est très fréquente dans la clientèle de la ville[1]. » Elle est même si peu rare que, sur un relevé de deux mille malades, il en a trouvé cent trois, c'est-à-dire un sur vingt qui sont atteints de colite chronique.

Pour mieux faire accepter les signes objectifs de l'entéroptose, nous n'avons fait en les décrivant que reproduire, du moins dans ses grandes lignes, la description de la colite chronique d'après l'éminent professeur de la Charité.

Ces signes ne sont certes pas difficiles à percevoir; la main, la moins exercée aux minuties de l'exploration abdominale, les a souvent constatés chez des utérines et des vieux dyspeptiques sans toutefois les grouper sous la dénomination de colite chronique,

Si le praticien n'observe pas davantage dans sa clientèle cet état particulier de l'intestin, c'est que cette affection ne se rencontre guère à l'hôpital;

1. Potain, *loc. cit.*

dans ces conditions. il n'a pu facilement apprendre à la connaître; et, plus tard hélas, les nouveautés de la clinique s'apprennent difficilement ailleurs.

Les signes de la colite chronique représentent donc, à notre avis, la plupart des signes objectifs de l'entéroptose.

Quant aux signes que Glénard a si minutieusement décrits, ils sont tout à fait réels, mais, pour les trouver tels qu'il les a tracés, il faut avoir la main exercée aux finesses de l'exploration abdominale.

Le doigt qui s'enfonce pour la première fois dans le vagin, perçoit que c'est mou et chaud, et c'est tout. Il n'y a pas encore dix ans, les cliniciens les mieux initiés aux mystères du ventre, n'observaient presque jamais de rein mobile. L'affection, pourtant, est bien fréquente, mais sa fréquence n'est appréciée dans sa réalité que depuis que Glénard a dit qu'il fallait penser au rein pour le chercher et qu'il a décrit les trois premiers degrés (on ne connaissait que le quatrième) et donné le procédé pour les constater.

De même la main habituée seulement à l'examen du petit bassin (et c'est celle de bon nombre de praticiens) constate bien les signes de colite chronique que Potain a décrits d'une façon sommaire en disant que le ventre est douloureux, et que l'intestin présente la forme d'un gros cordon résistant, surtout perceptible à droite au niveau dn cœcum, à gauche à la naissance de l'*S iliaque*.

Quant à trouver du premier coup ces sensations qui, suivant Glénard, rappellent une corde, un cordon et un boudin, il ne faut pas y compter.

Ce n'est qu'un peu à la fois que la main se familiarise et arrive à constater le bien-fondé de la description si profondément clinique de Glénard.

Une objection apparemment grave a été faite à la facilité de perception des signes objectifs de l'entéroptose : des maîtres comme Dujardin-Beaumetz et Féréol sont venus déclarer a la Société de médecine de Paris, le premier « que chez les malades dyspeptiques et neurasthéniques, il n'a jamais constaté ni la corde colique, ni le boudin cœcal, ni le cordon sygmoïdal de Glénard », le second « que la constatation des signes objectifs il a bien souvent cherché à la faire, mais qu'il n'a pu encore y arriver ».

Dans ses recherches cliniques Dujardin-Beaumetz est parti de cette idée qu'on a, à tort, longtemps prêtée à Glénard, que la neurasthénie est un syndrôme constant de l'entéroptose, et, c'est cette erreur, ce faux point de départ, qui lui a fait chercher les signes de l'entéroptose, surtout chez des neurasthéniques essentiels, c'est-à-dire chez des sujets qui n'avaient pas la maladie de Glénard, mais celle de Beard-Charcot.

Le résultat de ses examens n'est donc pas de nature à nous surprendre. Quant à Féréol il est revenu de son premier jugement. « L'approbation qu'il a donnée [1] à la doctrine de Glénard, prouve, comme le dit Trastour, l'avantage et l'intérêt des recherches cliniques faites sans parti pris. Vis-à-vis du malade, nous sommes toujours à l'école (Gairdner), et des praticiens de haute valeur, comme le docteur Féréol, s'honorent en l'affirmant par leur exemple [2] ».

D'autres praticiens l'ont affirmé à leur tour : ce sont Cuilleret, Bouveret et Perret (de Lyon) Trastour (de Nantes).

1. Féréol, *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, décembre 1888.
2. Trastour, *loc. cit.*, P. 22.

Tous ceux qui ont eu la bonne fortune de voir Glénard et d'apprendre sous sa main à chercher les signes qu'il a si nettement décrits affirment leur existence. Je citerai également de Sanctis à Rome[1], Roux et Poltovicz à Lausanne[2], Matterstock et Krez à Wurzbourg[3].

En résumé, si les signes objectifs de l'entéroptose sont difficiles à percevoir avec le luxe et la netteté de détails que leur a décrits Glénard, du moins de la façon sommaire dont les a dépeints Potain sous la dénomination de colite chronique, une main un peu exercée arrive à les sentir sinon à un premier examen, du moins après l'avoir répété plusieurs fois.

J'ajouterai : même parmi les signes objectifs qu'a décrits Glénard, il en est un à la portée de tous les praticiens, ce sont *les battements épigastriques* sur le trajet de l'aorte.

Les battements épigastriques sont un signe d'une grande portée. Ils indiquent en effet que le colon transverse, qui, à l'état normal, est gonflé et gros comme le poing, est fortement rétracté, et que son volume et sa consistance sont modifiés à tel point qu'au lieu de cacher l'aorte, il en rend les battements plus sensibles.

Valeur diagnostique. — La valeur diagnostique des signes objectifs de Glénard ressort des lignes qui précèdent.

Je réserve pour le moment la question de la né-

1. D. Sanctis. *Sulla malattia di Glénard* (*Giorn. internaz. de méd.*, déc. 1888).

2. Poltovick, *Contribution à l'étude de la maladie de Glénard* (Thèse, Lausanne, 1892).

3. Krez, *Zür Frage der Enteroptose* (*Munch. méd. Wochenschrift*, 12 août 1892).

phroptose pour m'en tenir uniquement aux signes qui résultent du prolapsus de l'intestin.

A notre avis ces signes sont des signes de colite chronique.

Ce qui nous fait adopter cette manière de voir, c'est leur apparition tardive, c'est leur développement à une époque où les maladies des voies digestives se compliquent habituellement de colite chronique, c'est surtout le parallélisme parfait qui existe entre le développement de ces signes objectifs et celui des signes subjectifs de la colite chronique.

En effet, si d'une part le palper nous permet de constater sous la main les signes révélateurs de la colite chronique; d'autre part, non seulement l'examen des selles fait constater des matières rubanées et scybaliques et l'existence de mucosités épaisses d'apparence parfois membraneuse, mais l'interrogatoire nous apprend que ces sujets souffrent depuis longtemps du ventre et d'une constipation habituelle.

Cette manière de voir n'enlève aux signes objectifs rien de leur valeur diagnostique : elle nous fixe mieux sur leur origine que la notion de rétrécissement que l'esprit n'accepte pas facilement parce qu'elle n'est pas en harmonie avec les idées généralement admises sur la pathologie intestinale.

La sténose, ce n'est pas douteux, est réelle; dans ces cas « le calibre de l'intestin est toujours réduit mais inégalement et irrégulièrement [1] »; souvent, à côté d'une portion rétrécie, il y a une portion dilatée, ce n'est donc pas la lésion unique. La notion de rétrécissement ne nous fixe pas exactement sur la nature de la lésion. D'autre part, tous les

1. Mercier, *De la colite chronique* (Thèse, Paris, 1888).

signes constatés sont ceux habituellement décrits sous le nom de colite chronique.

Il nous paraît donc rationnel de décrire sous cette dénomination un ensemble de signes subjectifs et objectifs qui ont depuis longtemps reçu un nom plutôt que d'en proposer une nouvelle.

Prétendre que les signes objectifs sont des signes de colite chronique, c'est déclarer sans détour qu'ils n'ont pas par eux-mêmes une valeur pathognomonique, que c'est leur ensemble et le cadre dans lequel ces signes se trouvent, qui donnent au syndrôme qu'ils constituent une haute portée diagnostique.

D'une façon générale, plus on étudie une maladie, plus on voit que les signes réputés pathognomoniques n'ont pas la valeur absolue qui leur avait été d'abord attribuée.

Le fait se vérifie pour l'entéroptose.

Le diagnostic est et sera toujours le résultat d'un travail synthétique.

Il nous reste à parler des ptôses que l'exploration abdominale permet de constater.

Il n'en est qu'une sur laquelle nous voulons arrêter l'attention, c'est la néphroptose.

Néphroptose. — La néphroptose est certainement la ptose la plus commune. Glénard a bien voulu nous communiquer sa *statistique de la néphroptose* jusqu'au 1er février 1893. Aucun document ne pouvait mieux mettre en évidence la fréquence et la portée pratique du rein mobile.

« Sur un total de 3788 malades appartenant au groupe nosologique des « maladies de la nutrition », la néphroptose, cherchée de propos délibéré,

a été trouvée dans 481 cas, soit dans la proportion de 12,7 pour 100.

« Relativement aux sexes, la néphroptose est de 2,7 seulement pour l'homme, tandis qu'elle atteint 22 pour 100 chez la femme.

« La néphroptose est *unilatérale* dans 80 pour 100 des cas, et 99 fois sur 100 il s'agit du rein droit.

« La néphroptose gauche isolée n'a été décelée que dans 9 cas sur 481, et l'on pouvait dans ces cas suspecter une maladie du tissu rénal, alors que dans toute autre variété de néphroptose, il s'agissait formellement de reins normaux.

« La néphroptose est *double* dans 20 pour 100 des cas de nephroptose chez la femme, 8,5 pour 100 seulement chez l'homme.

« Dans le sexe féminin, c'est la néphroptose unilatérale droite du troisième degré qui est la plus fréquente ; cette proportion s'élève presque à 41 pour 100, puis la néphroptose double 15 pour 100, enfin celle des deux premiers degrés 14 pour 100 chacun.

« La néphroptose du 4e degré (rein mobile classique) se rencontre chez elle dans 5,4 pour 100 seulement des cas de néphroptose.

« Chez l'homme c'est la néphroptose au 1er degré qui est la plus fréquente (61 pour 100 de cas de néphroptose) puis celle des 2e et 3e degrés (14 pour 100 de chacun); c'est ensuite la néphroptose double (8,5 pour 100) le 4e degré (rein mobile classique) se rencontre seulement dans 2 pour 100 des néphroptoses de l'homme.

« Lorsque la néphroptose est double (90 cas), le prolapsus du rein droit est presque toujours plus accentué que celui du rein gauche, il est rarement

le même pour tous deux, il n'est jamais plus accentué à gauche qu'à droite. La néphroptose gauche est une conséquence des conditions de la néphroptose droite et ne se réalise qu'après celle-ci.

C'est, à droite, la néphroptose du 3e degré, puis celle du 4e qui semblent plus fréquentes, lorsque les deux reins sont mobiles. C'est à gauche celle du 1er degré qu'on rencontre le plus souvent lorsque la néphroptose est double [1]. »

Il ressort de cette riche statistique que la néphroptose est une ptose vraiment fréquente.

Cette ptose est rarement isolée ; le plus souvent, elle accompagne le prolapsus de l'intestin.

Dans 400 cas d'entéroptose, Glénard l'a noté 148 fois. De son côté, Trastour semble l'avoir rencontrée encore plus fréquemment; elle est signalée dans presque toutes les observations contenues dans ses deux études sur la déséquilibration abdominale.

Le rein mobile, dit le médecin de Nantes, est le « satellite habituel de l'entéroptose. » Il est souvent le signe révélateur de l'origine des troubles jusque là incompréhensibles et qui sont dus à la déséquilibration abdominale.

Qui dit rein mobile ne dit pourtant pas fatalement entéroptose.

Il est en effet des variétés d'ectopie rénale qui n'ont le moindre retentissement, ni sur l'état général, ni sur la statique abdominale.

Tel est le rein mobile qui existe chez des personnes tout à fait bien portantes et dont la décou-

1. Communication écrite de Glénard.

verte est habituellement le fait du hasard. Cette descente du rein est la *forme latente* analogue tout-à-fait à certaines hernies qui peuvent rester toute la vie sans être reconnues ni amener d'accidents.

Telle est encore la *forme douloureuse*, résultat d'un traumatisme ou d'un effort, où il ne saurait être question d'entéroptose.

La douleur dans ces cas résume tout le mal; à part ce symptôme, l'état général est parfait.

Ces deux formes constituent l'une comme l'autre une affection purement locale.

Il est deux autres variétés où la néphroptose a un retentissement considérable sur l'état général ; ce sont les *formes dyspeptique* et *neurasthénique*.

Dans la première, toute l'histoire pathologique du malade se développe autour de son estomac et de ses intestins, sans que le sujet appelle même l'attention sur le côté ou le flanc droit.

Dans la seconde, l'esprit du médecin est tenu éloigné de l'idée de néphroptose, tant il est absorbé par la prédominance d'accidents névropathiques et même hystériformes qui donnent tout à fait le change sur la nature et le point de départ de la maladie.

Cette distinction des diverses variétés de rein mobile nous fixe immédiatement sur la valeur diagnostique de l'ectopie rénale.

Le rein mobile, tant qu'il n'est qu'une affection locale, n'a aucune valeur comme signe de déséquilibration abdominale.

Quand, au contraire, il se présente soit sous la forme dyspeptique, soit sous la forme neurasthénique, il n'est le plus souvent rien autre chose que le satellite de l'entéroptose à la période d'état ou à la dernière période.

Je dis : le plus souvent, car la néphroptose parfois a, elle seule, un tel retentissement sur l'état général, qu'elle peut, croyons-nous, produire les troubles de la déséquilibration abdominale sans qu'elle soit accompagnée de prolapsus de l'intestin c'est-à-dire d'entéroptose proprement dite. Les résultats de l'intervention chirurgicale en sont une preuve convaincante.

Telle n'est pas l'opinion du médecin de Lyon.

Pour Glénard, tous les symptômes digestifs ou nerveux qui accompagnent le rein mobile, sont signes d'entéroptose, et le rein mobile par lui-même ne provoque aucun trouble sauf dans les cas où il est malade (de lithiase, d'hydronéphrose, de tumeur par exemple) mais alors ce n'est plus le rein mobile clinique, lequel est supposé sain par définition.

Cette digression faite, résumons nous :

Chaque fois que l'on trouve dans la pratique la néphroptose liée à des symptômes dyspeptiques ou nerveux de cause indéterminée, le diagnostic devient indiscutable.

Dans ces deux formes le rein mobile passe, dit-on, généralement inaperçu parce qu'il est indolent.

La vérité est que, dans certaines conditions du moins, il est souvent plus sensible qu'on ne le dit. En effet, si vous arrêtez l'attention de la femme sur son flanc droit, et lui demandez si parfois elle y éprouve des malaises, souvent vous apprendrez qu'au moment des époques menstruelles il existe une sensibilité spéciale du rein produite par la congestion cataméniale de cette organe.

Becquet, qui a montré les rapports du rein et du système génital de la femme, avait, dès 1865, fait cette observation; il lui attribuait un rôle dans la

production ou plutôt l'aggravation de l'ectopie; du fait de l'augmentation de poids de l'organe, elle entraînerait le rein hors de sa loge d'une façon graduelle presque insensible, et ce serait cet abaissement lent qui expliquerait les phénomènes douloureux dont le rein est le siège au moment des règles. Cette sensibilité n'est pas rare, et, pour notre part, nous avons déjà observé le phénomène de la fluxion rénale douloureuse quelques jours avant les règles. Trastour reconnait également cette sensibilité : « C'est, dit-il le rein droit abaissé, sensible, même douloureux à la pression, qui constaté parfois jusque dans la fosse illiaque, m'a éclairé et dirigé vers le diagnostic de l'entéroptose [1] ».

Le rein mobile est donc assez souvent sensible. mais d'une sensibilité assez intermittente ou obtuse pour ne pas arrêter l'attention du malade qui n'accuse un certain endolorissement qu'à la pression ou bien encore dans des conditions physiologiques déterminées. Dans la pratique journalière il ne faut donc pas compter sur le patient pour la trouver, mais la rechercher soi-même. Pour Glénard, le rein mobile clinique, c'est-à-dire le rein sain est toujours indolent; s'il est sensible, c'est qu'il est malade.

Quoi qu'il en soit, pour mettre à profit les éclaircissements qu'apporte au diagnostic la découverte du rein mobile, il faut donc y penser chaque fois que l'on songe à l'entéroptose; il faut d'autant plus le faire que c'est précisément dans les formes dyspeptiques et neurasthéniques, où il est révélateur de l'entéroptose, qu'il ne se traduit par aucun symptôme local.

1. Trastour, *loc. cit.*

Pour le trouver il faut le chercher suivant le procédé de la palpation néphroleptique. En dehors de ce procédé, on ne constate que le quatrième degré de la néphroptose, c'est-à-dire le rein mobile classique, le seul connu avant ce mode d'exploration ; c'est ce qui explique l'ancienne rareté de la néphroptose.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DE L'ENTÉROPTOSE EN GÉNÉRAL

1. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE DIAGNOSTIC DE L'ENTÉROPTOSE. — Il est des recommandations qui parfois paraissent plus prétentieuses que fondées tant elles revêtent un caractère banal et élémentaire.

Leur importance, quand il s'agit de l'entéroptose, fait passer au-dessus des craintes de la critique en même temps qu'elle leur donne la première place dans la délicate question du diagnostic.

La première condition pour reconnaître la maladie de Glénard dans la clientèle journalière c'est d'y songer.

Le diagnostic de l'entéroptose est facile à condition d'y penser et de savoir la chercher.

L'entéroptose est surtout une maladie de la femme, puisque sur neuf cas, il y a en moyenne huit femmes.

Cependant, chaque fois qu'on se trouve en présence d'une malade, depuis quelque temps souffrant d'une affection mal déterminée, c'est l'utérus qu'on tend à incriminer.

Le *tota mulier in utero* est un des adages de mé-

decine qui est responsable du plus grand nombre d'erreurs de diagnostic; cependant les médecins s'y attachent encore comme à un principe inflexible.

Dans ces conditions, dans cet état d'esprit, il n'est pas douteux que nombre de malades, que nous ne pouvons soulager d'une façon durable, soient à tort traitées comme utérines. D'autre part, dans la pratique, sachons le reconnaître, en présence d'un cas difficile, rebelle au traitement, nous ne pensons pas assez souvent à revenir sur le diagnostic primitivement établi.

A l'avenir, en traitant ces femmes que nous ne pouvons guérir, pensons à la maladie de Glénard.

« La notion d'entéroptose est si simple, si rationnelle, explique tellement bien tout le syndrôme, toute l'évolution morbide que, je puis l'affirmer, dit Glénard, je dispense toutes mes malades de l'exploration de leur utérus, et que, sur près de sept cents femmes, je n'ai peut-être pas pratiqué vingt touchers, je n'ai pas appliqué plus de trois fois le spéculum. La plupart pourtant présentaient des symptômes que l'on est convenu de rapporter à l'utérus. Or, parmi les symptômes subjectifs réputés utérins, la plupart (douleurs, faiblesse de reins, délabrement, lassitude, pertes blanches) ne sont pas des signes d'affection utérine, et, quand il y a une affection utérine, le plus souvent elle est secondaire; traitée comme affection primitive, elle ne guérit pas; négligée (sauf, dans les cas de leucorrhée, à recourir aux injections vaginales de 50°, et, dans les cas d'amenorrhée, aux bains de siège froids d'une minute), et considérée comme une conséquence de l'entéroptose, elle guérit spontanément par le traitement de cette maladie[1]. »

1. Glénard, *loc. cit.*

S'il y a là quelque exagération voulue de la part de Glénard, afin de mieux montrer l'importance qu'il attachait à une interprétation plus exacte, il n'en est pas moins vrai que, dans les maladies à syndrôme mal déterminé, il en est souvent ainsi.

Une communication récente de Thiriar au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles nous montre tout l'intérêt clinique qui s'attache aux idées du médecin de Lyon et en confirme le bien fondé.

L'importance pratique du sujet nous fait citer presque *in extenso* la remarquable clinique du professeur de Bruxelles.

« Parmi les causes de l'ectopie rénale, presque tous les auteurs citent les affections de l'appareil génital de la femme ; mais aucun, je pense, n'a renversé cette proposition et les ouvrages classiques ne font pas intervenir le rein mobile comme facteur des diverses maladies des organes utéro-ovariques ».

« C'est en 1888 que, pour la première fois, j'ai été amené à rechercher les relations qui exitaient entre le rein mobile et les affections de l'appareil génital de la femme. C'était chez une malade souffrant depuis longtemps de divers troubles utérins qui avaient produit une véritable cachexie. Je lui découvris un rein mobile et, avant de procéder au curetage utérin, je pratiquai la néphropexie. Cette opération suffit pour amener en peu de temps la disparition de tous les troubles dont elle se plaignait du côté de la matrice (pertes muco-purulentes. menstruation irrégulière et douloureuse, etc., etc.) »

« Depuis lors, j'ai toujours soin d'explorer les

régions rénales des malades qui sont atteintes d'affections utéro-ovariques. Souvent cette exploration me fait découvrir l'origine de ces altérations sous la forme d'un rein déplacé ».

« De mes observations il résulte que l'ectopie rénale existe au moins dans 20 pour 100 des cas d'affections du système génital de la femme. Ainsi depuis un an j'ai eu en traitement, tant en ville qu'à l'hôpital, onze cas de rein mobile chez la femme; toutes présentaient quelques troubles utérins ; sept de ces malades m'étaient adressées avec le diagnostic d'affections utéro-ovariques ; cinq avaient déjà subi à diverses reprises différents traitements outre le curetage; une, qui avait un déplacement bilatéral, avait eu la matrice et les annexes enlevés; une autre, enfin, était sur le point de subir une laparotomie lorsqu'elle est venue me consulter. Chez tous ces malades, l'attention avait été exclusivement attirée du côté des organes génitaux, le rein mobile avait été méconnu. J'ai pratiqué à dix de ces malades la néphropexie ; six fois la guérison a été obtenue sans autre intervention, trois fois j'ai complété mon opération en curetant la matrice. Quant à la malade qui présentait un déplacement bilatéral et qui avait subi l'ablation des annexes d'abord, l'hystérectomie vaginale ensuite, sans constater de diminution dans ses souffrances, elle a été tellement soulagée par la fixation du rein droit qu'elle est sortie de mon service, se réservant d'y revenir si le soulagement n'était pas définitif ».

« La coexistence d'une affection génitale et d'une ectopie rénale est donc très fréquente. Cette fréquence a déjà été signalée par Lancereaux (article *Rein* du *Dictionn. encyclopédique*), qui rapporte que la plupart des malades qu'il a trouvées atteintes de

déplacement du rein présentaient les signes d'une ovarite plus ou moins ancienne. Et si on ne constate pas plus souvent l'ectopie rénale, c'est que la possibilité de ce déplacement est encore ignorée et que l'idée du rein flottant ne se présente pas toujours à l'esprit de nombre de médecins lorsqu'ils ont à traiter une affection utérine ou des annexes...

« Étant donnée la fréquence des deux affections utérine et rénale existant en même temps, il y a lieu de se demander quels rapports elles ont entre elles, quelle influence elles exercent l'une sur l'autre. On a cru jusqu'ici que c'était l'affection génitale qui produisait le déplacement du rein. Les faits que j'ai observés sont en contradiction formelle avec cette interprétation ; tout démontre au contraire que la mobilité du rein est la cause initiale du développement de beaucoup d'affections de l'appareil génital chez la femme, surtout de beaucoup de métrites et de salpingites ».

« En effet, il suffit souvent de fixer le rein par la néphropexie ou par un moyen orthopédique quelconque pour faire disparaître certaines de ces affections. Celles-ci ne peuvent, dans tous les cas, guérir si le rein mobile est méconnu ».

« En outre, dans les cas où j'ai spécialement interrogé les malades, il est resté certain pour moi que toujours la mobilité du rein avait précédé les manifestations utéro-ovariennes. Chez ces malades, le cortège symptomatique de l'ectopie rénale ouvre ordinairement la marche, et, ce n'est que plus tard que la série des symptômes dénotant une altération génitale commence ».

« Il est facile, du reste, de donner une explication suffisante de cette marche dans les symptômes et les complications. Lorsqu'il existe un rein mobile,

l'appareil génital de la femme est et doit être particulièrement vulnérable ».

« C'est dans les plexus nerveux et la circulation qu'il faut chercher la raison de cette vulnérabilité ».

« Avec Chrobak, il est rationnel d'attribuer les désordres nerveux utérins à une irritation du plexus ovarique, anastomosé, comme on sait, avec le plexus rénal dont le tiraillement résulte presque forcément du déplacement du rein ».

« Le rein déplacé, cette tumeur physiologique, en outre, produit la plupart du temps une congestion intense dans l'appareil génital de la femme ».

« Cette congestion unie aux troubles nerveux est une condition qui favorise singulièrement l'infection de l'utérus et de ses annexes [1] ».

Ces lignes semblent découvrir un nouvel horizon; elles ne sont pourtant que la reproduction des idées de Glénard, limitée à la néphroptose. La doctrine que j'exposais avant de transcrire la clinique de Thiriar est déjà vieille de huit ans, et la citation que j'en ai faite est extraite de « *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. De l'entéroptose* », parue en 1885.

En résumé ce n'est donc pas seulement à la néphroptose, mais surtout à l'entéroptose, qu'il faut songer chaque fois qu'on se trouve en face d'une malade qui accuse les troubles mal définis, qui jusqu'ici faisaient penser à l'utérus.

Il faut d'autant plus le faire, que l'entéroptose est une affection fréquente, presque exclusive à la femme, et que vos prétendues utérines ont presque

1. *Mercredi médical*, 2 octobre 1892. *Des troubles de l'appareil génital de la femme, consécutifs au rein mobile*, par le professeur Thiriar de Bruxelles. Communication au Congrès de gynécologie et d'obstétrique.

toujours dans les antécédents et les symptômes subjectifs qu'elles accusent, quelque cause comme quelques traits qui rappellent l'histoire et la physionomie de l'entéroptose.

J'insiste avec d'autant plus de raison sur cette catégorie de « chroniques », que pour nombre de médecins, l'utérus est la bouteille à l'encre, et par le fait même, il est bien plus souvent à tort qu'à raison, le grand coupable de tous les cas complexes et mal déterminés qu'on rencontre chez la femme.

Ne retenons donc, que pour nous en défier et à l'avenir le combattre, l'adage qui s'est chargé de la triste besogne de faire entrer et de fixer une erreur dans les esprits.

« *Mulier est quod est propter uterum et solum uterum* ».

Ayons présents à l'esprit les tristes enseignements du passé que Glénard nous rapporte en ces termes :

« La clinique montre que l'entéroptose est successivement chez une *même* malade, suivant les phases de la *même* maladie, diagnostiquée et traitée sans succès, en premier lieu, pour une anémie, puis pour une métrite (cautérisation) ou une prolapsus utérin (pessaire, ceinture), puis une dypsepsie, puis un rhumatisme, puis une lithiase biliaire (coliques hypochondriaques, F. Glénard), puis un cancer larvé, puis une névrose, une hypochondrie, une hystérie, et enfin une neurasthénie. C'est alors que la médecine fait place aux empiriques ou à la résignation [1] ».

Ces lignes cruellement suggestives valent une longue série d'observations.

1. *Revue de médecine*, janvier 1887.

Revenons à notre sujet et précisons.

A l'avenir cherchez l'entéroptose chez vos utérines, cherchez-la surtout chaque fois que vous vous trouvez en présence de symptômes *dyspeptiques* ou *neurasthéniques* dont vous ne vous expliquez *ni la cause*, *ni la durée*.

« Cherchez-la encore, au moment où, après un examen laborieux, vous allez, mécontent de vous, vous résigner à un de ces diagnostics de maladie indéterminée et sans localisation, après lesquels vous ne savez au juste si vous devez diriger votre traitement contre quelque cachexie, contre le sang ou les nerfs, l'utérus, le foie, le cœur ou l'estomac... et vous verrez avec joie, très souvent je vous l'affirme, se dérouler peu à peu devant vous un tableau morbide dont les clartés vous séduiront, dont les obscurités sont insignifiantes, et dont les indications vous conduiront, malgré vous, comme par la main, dans votre intervention thérapeutique [1] ».

II. Recherche méthodique de l'entéroptose. — Si la première condition pour faire le diagnostic de l'entéroptose est d'y penser, la seconde de le chercher, la troisième est d'apporter, dans cette recherche, patience et méthode.

Les signes *subjectifs* décrits par la malade ont pu vous dérouter plutôt que vous guider. Cela arrive souvent en clinique, surtout lorsque ce sont des femmes qui racontent leur histoire et que le début de la maladie remonte à plusieurs années.

Pour obtenir les meilleurs renseignements, quand les malades ont fini de causer, faites leur refaire le récit de leurs misères ; mais cette fois groupez vos ques-

1. F. Glénard, *Neurasthénie gastrique*, etc., *loc. cit.*

tions autour de ces trois points : la *dyspepsie atonique*, la *symptomatologie asthénique*, *l'état général*, et ne vous laissez pas dérouter dans votre interrogatoire.

1° En interrogeant sur le genre de troubles digestifs, insistez particulièrement sur les caractères quelque peu spéciaux de la *dyspepsie atonique* de l'entéroptose à savoir :

La conservation de l'appétit.

La remarquable indigestibilité du *lait* et de toutes les préparations qui ont le lait pour véhicule, alors même qu'elles plaisent au malade ; le peu de tolérance pour le *vin* et tous les produits alcooliques.

L'étonnante tolérance pour les repas copieux, à condition toutefois de choisir rigoureusement ses mets et de supprimer les sauces.

Je reviens sur l'indigestibilité du lait, en raison de son importance pratique.

Pour tirer de cet élément de diagnostic toute sa valeur, il faut interroger patiemment le sujet, suivre le travail de la digestion dans ses différentes phases, pendant les quelques jours où vous permettez le lait, le suivre encore pendant le temps où pour vous éclairer, comme seule modification du régime, vous ajoutez l'interdiction du lait.

Ce n'est qu'en analysant de près et par comparaison les effets de cet aliment sur la digestion que vous pourrez en faire un élément de diagnostic.

2° La *symtomatologie asthénique*, l'éternelle fatigue des entéroptosés paraît de bonne heure dans l'entéroptose ; elle se traduit par une lassitude habituelle, surtout accusée au lever, parce que c'est le moment où la tension abdominale est la plus faible, et le changement d'attitude le plus radical,

par des douleurs ou du moins de la fatigue des reins, et, par une sensation vague que les malades appellent presque constamment « faiblesse d'estomac ».

Cette symptomatologie a surtout une haute valeur, lorsque le diagnostic de neurasthénie avec lequel elle pourrait donner le change, peut être définitivement écarté.

3° Les *symtômes généraux* sont :

a) Le réveil régulier vers deux heures du matin suivi d'après Glénard d'une insomnie plus au moins longue.

b) Une tendance à l'hypochondrie et aux manifestations nerveuses.

c) L'irrégularité des selles et en particulier la constipation, les scybales avec glaires ou membranes.

En ramenant l'interrogatoire à ces trois points, vous arriverez souvent à recueillir de la bouche des entéroptosés méconnus un tableau saisissant de leur maladie réelle, tableau qui restait absolument dans l'ombre, effacé qu'il était par la description de symptômes nerveux ou autres d'ordre tout à fait secondaire.

Cette simple réflexion résume l'histoire de bien des déséquilibrées du ventre prises à tort pour des utérines.

Que leur histoire soit pour nous un enseignement.

L'interrogatoire méthodique des malades suffit dans un très grand nombre de cas pour fixer votre opinion et les classer dans le cadre des entéroptosés. Leur histoire vous dit qu'ils sont déséquilibrés ; votre religion est faite. Un examen plus approfondi contrôle ce diagnostic.

Les signes *objectifs* doivent être à leur tour recherchés.

L'éclatement, la dislocation de la paroi abdominale, la flacidité de la paroi sont des signes qui ont leur valeur, mais ils ne présentent pas l'importance de ceux qui témoignent de la colite chronique.

Les premiers paraissent de bonne heure, puisqu'ils sont le plus souvent le résultat immédiat de la grossesse qui est la source presque habituelle de l'entéroptose.

Les seconds, c'est-à-dire ceux qui sont une manifestation ou la conséquence de colite chronique, ne surviennent que plus tard, que lorsque l'atonie intestinale, qui se développe en même temps que l'atonie gastrique, devient de la colite chronique.

Sans doute les points douloureux de l'abdomen n'attendent pas cette période pour se faire sentir; mais, et c'est là le point important au point de vue de la pratique, ce n'est qu'à une période tardive qu'apparaissent les grands signes objectifs de l'entéroptose, c'est-à-dire la sensation d'un boudin résistant que le gros intestin donne à droite au niveau du cœcum, d'un cordon à gauche, à l'extrémité du colon descendant et à *l' S iliaque*, en un mot les différentes modifications du gros intestin décrites par Glénard, sous les noms de corde colique transverse, de cordon iliaque et de boudin cœcal.

Les *battements épigastriques* paraissent en même temps.

Un autre signe précoce et important celui-là, puisqu'il est souvent un des indices révélateurs de l'entéroptose, c'est la néphroptose.

Ces signes d'une grande portée diagnostique sont

facilement perceptibles par une main même peu exprimentée dans l'exploration abdominale.

Il faut compter avec la pratique et ne pas méconnaître qu'il est, dans la clientèle, des médecins qui se défient d'eux-mêmes ou plutôt d'un diagnostic basé sur des sensations qu'ils jugent parfois douteuses.

Pour ceux-là même les éléments de diagnostic sont encore largement suffisants.

Il existe en effet encore un double moyen de diagnostic, c'est l'épreuve de la sangle et l'épreuve du traitement complet de l'entéroptose.

L'épreuve de la sangle est un véritable « trait de lumière » (Glénard).

Elle produit des effets si nets qu'ils sont décisifs pour vous fixer sur la nature de la maladie. Elle est en pratique un moyen de diagnostic de premier ordre auquel, pour notre part, nous attachons une grande valeur. Il est, par la facilité de son expérimentation, à la portée de tout le monde, et, les malades eux-mêmes sont les premiers et les meilleurs juges des résultats qu'il produit.

Ces résultats ne présentent pas toujours un caractère absolument frappant ; il arrive même parfois qu'ils sont peu accusés. Le sujet se borne à dire au moment où l'on enlève sa ceinture qu'il sent que son ventre pèse ; c'est pourquoi il ne faut jamais s'en contenter comme moyen de diagnostic. Mais, d'une façon générale, dès que les malades sont soumises à l'épreuve de la sangle, elles se déclarent franchement soulagées.

L'épreuve de la sangle est donc, dans la clientèle journalière, un moyen aussi précieux comme indication thérapeutique, qu'il l'est comme procédé de diagnostic de troubles statiques abdominaux.

III. Des différents éléments du diagnostic : entéroptose. — L'épreuve de la sangle nous a fixé définitivement sur l'existence de la déséquilibration abdominale ; mais ce diagnostic n'est pas suffisant : il n'est ni assez complet, ni assez précis.

Il faut maintenant non seulement fouiller encore davantage le ventre mais examiner plus à fond le malade, ne plus seulement chercher l'entéroptose, mais porter votre attention sur deux autres points importants du diagnostic, à savoir : la variété et le degré de la ptose, et le terrain sur lequel l'affection se développe.

Il faut faire le diagnostic de la variété et du degré de ptose.

L'entéroptose a des degrés comme des formes dont il faut tenir compte dans la pratique.

L'observation clinique a, comme nous l'avons vu, permis à Tuffier de reconnaître trois types cliniques à la néphroptose, et à Glénard de lui trouver quatre degrés.

Les recherches ultérieures nous apprendront à reconnaître dans les autres ptoses des degrés et des formes comme il en existe pour la néphroptose.

Il n'est pas douteux en effet que l'hépatoptose, l'entéroptose proprement dite et la métroptose présentent également chacune plusieurs périodes et plusieurs types qu'il serait intéressant de connaître; le traitement ne serait que plus parfait. La gastroptose, à mesure qu'elle sera mieux connue et différenciée de la dilatation d'estomac, sera également mieux traitée.

Autant le diagnostic gagne en précision, autant les indications du traitement se dégagent nettement.

Plus la maladie de Glénard sera connue et étu-

diée dans toutes ses variétés, plus le traitement sera efficace.

Il faut encore étudier le terrain sur lequel l'entéroptose se développe.

La clinique ne saurait, surtout dans l'entéroptose, rechercher la maladie sans scruter à fond le malade. Le terrain est en effet le facteur principal du développement de la maladie ou tout au moins de la variété de ses formes. L'entéroptosé, défini au point de vue de la pathogénie et du pronostic de la maladie, est un déséquilibré du ventre habituellement doublé d'une tare acquise ou héréditaire.

La tare *acquise* est souvent la dislocation de la paroi abdominale, parfois même celle du plancher périnéal, consécutive à la grossesse.

Mais c'est surtout la tare *héréditaire* ou antérieurement acquise qui est en cause et qui souvent d'ailleurs vient encore s'ajouter à la tare précédente.

Cette tare héréditaire est préexistante : c'est, comme nous le disions, tantôt l'*hépatisme* et tantôt le *tempérament nerveux*. Celui-ci le plus souvent, d'après le médecin de Lyon, ne serait qu'une conséquence de l' « hépatisme ».

Glénard a, sous l'appellation nouvelle d' « hépatisme » réuni l'arthritisme et l'herpétisme pour montrer où désormais il faut d'après lui rechercher l'origine de ces états diathésiques.

L'hépatisme et le tempérament nerveux viennent, quand ils sont greffés sur l'entéroptose, compliquer la symptomatologie et favoriser le développement de la déséquilibration abdominale.

La tare nerveuse amène chez les malades les troubles si variés décrits sous les noms d'hystéricisme, de névrose, névropathie. L'idée seule de la

prédominance du système nerveux nous dit toutes les complications qui peuvent survenir dans une maladie qui déjà par elle-même conduit à l'hypochondrie et l'hystéricisme.

Elle fait comprendre également que ces troubles n'ont heureusement pas la gravité qu'*à priori* ils paraissent revêtir.

Ces notions pathogéniques sont d'autant plus importantes à connaître qu'elles éclairent d'un certain jour le pronostic en même temps que le traitement.

Il reste encore beaucoup à faire pour résoudre la question du pronostic de l'entéroptose. On cherche quels sont les éléments capables de vous fixer sur la marche de la maladie dans chaque cas particulier. Il n'est pas douteux que c'est d'abord du côté du foie qu'il faut aller chercher des éclaircissements.

L'« hépatisme » est une tare plus profonde et plus grave que la tare névropathique. Dans une affection où le tube digestif a, en raison de son mauvais fonctionnement, de la stagnation des aliments et de la constipation, précisément besoin du rôle digestif et anti-fermentescible du foie, où la nutrition, l'assimilation surtout, se font dans des conditions vicieuses, la fonction hépatique est plus importante que jamais, et c'est précisément cet organe qui est frappé d'une tare héréditaire ou antérieurement acquise.

Il est donc de première nécessité que ces différentes tares entrent en ligne de compte dans le traitement, que le diagnostic d'entéroptose soit aussi précis que complet.

Et dans cette maladie, diagnostic et thérapeutique sont si étroitement liés, que le traitement qui se dégage de votre examen, devient, comme nous

allons le voir, par ses résultats un précieux moyen de contrôle du diagnostic établi.

IV. — Contrôle du diagnostic par le traitement complet de l'entéroptose. — Les recherches de Glénard sur l'entéroptose ont reçu, dès leur publication et en dépit de ses efforts, une interprétation si fâcheuse, qu'elle a même, il faut le dire, momentanément failli compromettre le succès de son œuvre.

L'unique conclusion qui pour nombre d'esprits se dégageait de ses travaux, c'était l'usage d'une ceinture. Qui disait entéroptose, disait port d'une sangle ventrière, et la guérison de l'entéroptose était demandée à cet appareil contentif.

La ceinture ne l'a pas donnée et ne suffirait pas à la donner, et cette illusion a été, dans le monde scientifique, le point de départ d'un courant d'idées absolument contraire à la doctrine de Glénard.

Comme nous le verrons, l'entéroptose exige un traitement complet.

La ceinture est une condition indispensable du rétablissement comme du maintien de l'équilibre intra-abdominal ; mais elle n'est pas la seule. Elle est un élément important du traitement, mais les indications d'une affection aussi complexe que l'entéroptose sont multiples. Tous ceux qui ont entendu et suivi de près des malades de ce genre ont reconnu que ce n'était qu'en remplissant *toutes* les indications, et, à ce prix seulement, qu'on obtenait des succès durables.

C'est dans ces conditions, et, dans ces conditions seulement, que le bien-fondé et la justesse du diagnostic se justifient par l'influence immédiate du traitement.

C'est alors seulement que le traitement devient un délicat et sûr moyen de diagnostic entre l'enté-

roptose et nombre d'affections avec lesquelles elle est encore dans la pratique si souvent confondue.

C'est alors surtout qu'il est un moyen absolument clinique de diagnostic, à la fois entre l'entéroptose et la dilatation de l'estomac avec laquelle l'école de Bouchard tend à la confondre, et entre l'entéroptose et la neurasthénie qui a pris de nos jours une place trop grande dans la nosologie.

C'était embrouiller l'importante question du diagnostic de l'entéroptose que d'y mêler celles toujours obscures de la dilatation d'estomac et de la neurasthénie. C'est pour donner à la première la clarté qu'elle doit avoir pour le praticien, et faire aux deux autres la place qu'elles méritent, que j'ai réservé jusqu'à maintenant le diagnostic entre l'entéroptose et la dilatation d'estomac d'une part et de l'autre, entre l'entéroptose et la neurasthénie.

CHAPITRE V

ENTÉROPTOSE ET DILATATION D'ESTOMAC

Depuis qu'Hippocrate a dit que l'estomac est, par rapport aux animaux, ce que la terre est, par rapport aux plantes [1] c'est-à-dire le *récipient* et le *laboratoire* des matières alimentaires, le débat est ouvert sur le rôle de cet organe dans la genèse des maladies.

Avec Beau, la dyspepsie primitive a été longtemps considérée comme la cause d'une foule d'états pathologiques.

1. Hippocrate, *Œuvres*, traduction Littré.

Aujourd'hui les idées ont changé, deux doctrines sont en présence : la gastrectasie et l'entéroptose se disputant l'origine de nombre de maux mis jadis sur le compte de la dyspepsie. Les divergences d'idées semblent profondes, mais l'histoire, comme le fond de ce différend scientifique peut être ramenée à des conclusions bien simples.

D'une part Bouchard a établi, dans la genèse des maladies, le rôle d'un élément qu'on ne soupçonnait pas, c'est la *dilatation* d'estomac avec les auto-intoxications qui en sont la conséquence ; ses travaux, et, ceux plus récents de Gautier, ont donné à sa doctrine une base aussi scientifique que solide.

De son côté, Glénard a montré qu'indépendamment de la gastrectasie intervenait un trouble statique, une perturbation dans l'équilibre abdominal, et, toute sa doctrine s'appuie sur un caractère nouveau en sémeiotique, la *splanchnoptose*.

Le médecin de Lyon n'a jamais cherché à opposer, à la théorie générale de Bouchard embrassant toutes les maladies de la nutrition, celle à laquelle s'est attaché son nom.

Il a examiné ces malades de Bouchard, ces dilatés qui sont légion, et chez nombre d'entre eux a trouvé une simple atonie gastrique. Il s'est ensuite demandé si dans le cas, soit de dilatation, soit d'atonie, il ne fallait pas assigner un rôle tantôt primitif, tantôt secondaire au prolapsus de l'estomac. C'est cet élément, la ptose de l'estomac et des autres organes splanchniques, cette entité morbide jusqu'ici confondue avec d'autres maladies, qu'il a voulu, en créant une doctrine, faire sortir des cadres classiques.

Comme il l'observe lui-même, cette idée pathogénique n'exclut aucune des autres doctrines à

l'aide desquelles on justifie la genèse de certains symptômes observés, mais elle ajoute un anneau de plus à la chaîne pathogénique.

Voilà le côté doctrinal de la discussion.

Le côté pratique, l'intérêt de premier ordre qui s'attache à la question, est de voir comment, de l'étude des faits, on arrive à dégager les vues pathogéniques, ou, pour parler plus simplement, comment en présence d'un malade atteint d'atonie gastrique, (car cet état est commun aux deux gastropathies) comment on peut faire le diagnostic de la gastrectasie et de l'entéroptose, ou du moins faire la part de ces deux éléments dans la maladie.

I. Diagnostic de la dilatation d'estomac. — Le diagnostic de la dilatation d'estomac est, à en juger d'après Bouchard, d'une séduisante simplicité.

Sans doute, d'après l'auteur, c'est une maladie qui ne « crie pas », et, par le fait même, passe souvent inaperçue, mais, il est un signe objectif qui, à lui seul, suffit pour révèler l'existence de la gastrectasie; c'est le bruit de clapotage déjà signalé par Chpmel.

Pour qu'il ait toute sa valeur, il faut qu'il soit perçu à jeun et au-dessous du milieu d'une ligne tirée de l'ombilic sur le point le plus proche du bord costal gauche.

Se basant sur cet élément de diagnostic bien suffisant à son avis, Bouchard a étudié et établi l'extrême fréquence de la dilatation d'estomac.

Dans une salle d'hôpital sur dix malades pris au hasard, il a trouvé trois dilatés; sur dix malades atteints de maladies chroniques, six présentent le bruit de clapotage caractéristique; sur huit dyspeptiques quelconques, sept seraient des dilatés. Voilà le résultat de ses recherches.

La dilatation de l'estomac serait donc une gastropathie très répandue. Mais, cette fréquence même fait naître des doutes sur la réelle existence de la gastrectasie, c'est-à-dire sur la valeur sémeiologique du bruit de clapotage, en même temps qu'elle fait surgir des objections aux idées de Bouchard contre lesquelles Glénard a été le premier à s'élever.

Valeur sémeiologique du bruit de clapotage. — La perception du bruit de clapotage à jeun, et au-dessous d'une ligne tirée de l'ombilic sur le point le plus proche du bord costal gauche, est un signe dont la valeur est de plus en plus contestée, en tant que preuve de dilatation.

1° Comme l'observe justement Kaplan[1], ce signe serait fondé s'il était démontré que les deux points fixes de l'estomac, le cardia et le pylore, et la petite courbure qui les réunit, ne peuvent changer de place dans certaines conditions.

Or, le seul fait de l'existence de l'entéroptose prouve que ces conditions se réalisent parfois.

2° D'une étude aussi intéressante que pratique de Chapotot[2] il ressort même que ces conditions se réalisent fréquemment à l'état de santé.

Sous l'influence de la constriction habituelle et souvent excessive du corset, l'obliquité naturelle déjà grande de l'estomac s'accentue encore.

« L'ouverture d'un cadavre, en laissant soigneusement en place tous les organes, vous représente parfaitement, quand vous serrez le thorax, les effets de la compression du corset. Sous le moindre

1. Kaplan, *loc. cit.*, p. 17.
2. Chapotot, *L'estomac et le corset*. Paris, J.-B. Baillière, 1892.

effort, vous voyez en effet le foie, mécaniquement chassé de sa loge, se diriger en bas et en dedans, pousser la petite courbure et le pylore ; le tout, en bloc, se déplace à gauche. L'estomac oscille autour du cardia qui demeure fixe. Le fait se produit quand l'estomac est vide ; *à fortiori*, s'il est alourdi par la masse alimentaire ».

Chez tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, on trouve la notion de la *verticalité de l'estomac* due au corset. Arnould, Levy, Dikinson, Charpy, Bouveret[1], etc. tous ont vu, sous l'influence du corset, l'estomac devenir vertical, le pylore s'abaisser, la grande courbure *descendre plus ou moins au-dessous de l'ombilic* (Chapotot).

Dans ses recherches cliniques, Chapotot trouve le bruit de clapotage à jeun, et au-dessous de la ligne tirée de l'ombilic au bord costal gauche.

3° Les rapports normaux de l'estomac avec la paroi abdominale nous montrent encore la valeur toute relative du bruit de clapotage. Chacun sait combien souvent dans les autopsies on trouve les rapports normaux modifiés.

Cette constatation *post mortem* nous montre que, pendant la vie, il en est de même. Or, comme l'observe Kaplan « à l'état normal, l'estomac n'est en rapport avec la paroi abdominale que dans une très petite étendue (on a déterminé exactement cette partie de la paroi pour le besoin de la gastrotomie) et cela, parce qu'au-dessous et en avant se trouve le colon transverse ; on peut même confonfondre les deux viscères quand on fait la gastrotomie ; mais, si le colon transverse n'occupe plus sa place habituelle, s'il est abaissé ou sténosé, l'esto-

1. Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac.* Paris, 1893.

mac se trouvera en rapport direct avec la paroi abdominale, et le bruit de clapotage sera plus facilement perçus. »

4° Mathieu fait encore sur la valeur du bruit de clapotage des objections d'un autre ordre.

« Lorsque, dit-il, on n'obtient pas le bruit de clapotage en le recherchant loin du repas précédent, on fait ingérer au malade un verre de liquide et on cherche de nouveau...

« Dans ce cas rien ne démontre l'existence de la stase gastrique. Le siège du bruit de clapotage indique bien le relâchement des parois gastriques, leur défaut de tonicité, mais il ne démontre pas la stase...

« D'autre part; il arrive qu'après avoir perçu le bruit de clapotage, on ne puisse, par la sonde, démontrer l'existence de liquide stagnant dans l'estomac.

« Par l'aspiration, par l'expression on n'obtient rien. L'eau du lavage ressort absolument pure. Ce n'était donc pas dans la cavité gastrique que se passait le bruit provoqué par la succussion digitale, et, il est certain, comme l'a indiqué M. Malibran [1] qu'on peut être trompé par des bruits d'origine colique...

« Il en résulte qu'en suivant les indications et la pratique de M. Bouchard, on admet la stase là où elle n'existe pas, on en exagère la proportion en clinique et l'importance en théorie [2]. »

5° Debove disait dernièrement à la Société médicale des hôpitaux : « Qu'est-ce que la dilatation stomacale? Les uns la croient fréquente, les autres,

1. Malibran, *L'atonie intestinale et ses complications* (thèse). Paris, 1889.

2. Mathieu, *Neurasthénie*. Paris, 1892.

et je suis du nombre, la croient rare; *c'est à peine*, si en dehors de la dilatation due à une sténose pylorique, *j'en observe un cas tous les ans* ».

« Je crois que la dilatation est rare, mais que le clapotage stomacal, ou soi-disant tel, est plus fréquent. J'ai voulu chercher aux dépens de quoi se produisait ce clapotage, voici ce que j'ai trouvé : j'ai pris une certaine longueur d'anse intestinale, deux mètres environ, je l'ai lavée complètement par un courant d'eau, puis vidée et ensuite insufflée modérément et liée aux deux bouts. Je place cette anse dans la cuvette, la recouvre d'une compresse et la percute comme on le fait pour rechercher le clapotage. J'obtiens la sensation auditive et tactile du clapotage. J'en conclus que cette sensation peut être donnée par le simple déplacement de gaz dans une anse intestinale modérément distendue ; il suffit donc que la paroi abdominale soit peu résistante, peu tendue, pour que ce déplacement puisse se faire, et, c'est le cas chez les névropathes, chez les femmes qui ont eu des enfants. Dans l'hypogastre, cette sensation n'est pas obtenue parceque l'intestin ne repose pas sur un plan résistant et file dans le petit bassin [1]. »

En résumé le bruit de clapotage, même dans les conditions indiquées par Bouchard, est un signe insuffisant pour faire le diagnostic entre la gastrectasie et la gastroptose liée à de l'atonie gastrique.

Nous y attachons, pour notre part, si peu de valeur pratique que nous ne l'avons même pas mentionné parmi les signes objectifs de l'entéroptose. Bouveret dans son récent travail exprime tout à fait nos idées. « Il est généralement admis, dit-il, que le

1. *Société médicale des hôpitaux*, 21 octobre 1892.

bruit de clapotage devient l'indice d'un état pathologique de l'estomac s'il est perçu plus de deux heures après un repas ordinaire, ou bien au-dessous de la limite inférieure que je viens d'indiquer. Or cet état pathologique peut-être : l'atonie des tuniques musculaires, la rétention, la dilatation, la dislocation verticale, l'abaissement de l'estomac. On voit par là que le bruit de clapotage, même quand il présente les caractères qui en ont un bruit pathogénique, ne signifie pas toujours ni exclusivement ectasie gastrique[1]. »

Objections tirées de la prétendue fréquence de la dilatation d'estomac. — L'insuffisance de ce moyen de diagnostic ressort encore, selon nous, de la prétendue fréquence de la dilatation et des objections que cette fréquence a fait naître.

Si nous interrogeons les faits, nous voyons, comme l'observe Coutaret :

1° Un grand nombre de sujets, ayant présenté pendant leur vie les symptômes d'une ectasie stomacale étendue et persistante, montrer après leur mort un estomac de moyenne dimension.

2° Des dilatés passer presque sans transition, les conditions favorables aidant. de l'état de maladie chronique au parfait fonctionnement de leurs organes digestifs.

3° D'autre part, d'après les signes de Bouchard et ses recherches, dans la clientèle journalière, les dilatés sont légion, et, cependant, j'ose le dire, le praticien rencontre relativement peu de sujets chez qui les troubles relèvent de cet état gastrique, et lui permettent de les rattacher à cette cause.

1. Bouveret, *Traité des maladies de l'estomac.* J.-B. Baillière et fils, Paris, 1893.

En effet, ces malades ont bien du clapotage, mais dans leur traitement il n'en est pas tenu compte (Dieu sait pourtant si la dilatation exige un traitement spécial et rigoureux), et ces sujets guérissent pour la plupart comme si la gastrectasie n'existait pas.

Voilà l'expérience de tous les jours.

Cette prétendue dilatation qu'on trouve pour ainsi dire partout, qu'on ne traite pas, et dont on guérit les troubles fonctionnels, n'est-elle pas une erreur de diagnostic, c'est-à-dire soit de l'atonie gastrique, soit de la gastroptose ? Ou bien, si elle existe réellement, ne faut-il pas la considérer comme un état secondaire, inhérent presque à toute dyspepsie, comme la flatulence, les acidités, les vomissements, et la reléguer au même plan que ces signes de gastropathie.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible de faire par le bruit de clapotage le diagnostic entre l'abaissement et la dilatation de l'estomac.

Étude comparée de la gastrectasie et de la gastroptose. — L'étude comparée de la *pathogénie* de ces deux affections est pleine d'enseignements.

Elle nous apprend que l'atonie gastrique est commune aux deux gastropathies, que les causes habituelles de la dilatation d'estomac sont la polyphagie dont Bouchard semble faire la condition la plus fréquente des ectasies, les excès de boissons, les fatigues exagérées.

Ce sont encore, la tuberculose, la fièvre typhoïde, l'anémie grave, et, d'une façon générale, toute affection laissant après elle l'amaigrissement et l'affaiblissement du système musculaire.

D'après G. Sée, l'état de nervosisme général ca-

ractérisé par de la neurasthénie ou de l'hystérie, est encore une des causes les plus fréquentes de gastrectasie.

Mais la pathogénie de la dilatation d'estomac que je viens de résumer, n'est-elle pas aussi celle, incomplète sans doute, de la splanchnoptose.

Si ces maladies ont un rôle pathogénique dans la production de la dilatation d'estomac, si elles ont une action sur la vitalité et l'énergie du muscle gastrique, il n'est pas douteux qu'elle n'aient la même influence à la fois sur les ligaments et les attaches péritonéales dont elles diminuent la résistance et amènent le relâchement, sur la paroi abdominale qui s'amincit et s'affaiblit, et encore bien souvent sur les coussinets de graisse qui, à l'état normal tiennent le rein dans sa loge, et alors fondent au point de rendre le rein mobile et flottant.

Ne réalisent-elles pas également au premier chef toutes les conditions pour produire l'atonie gastrique et la dilatation et du même coup la gastroptose et même l'entéroptose ?

Le moment n'est-il pas venu de se demander si la dilatation d'estomac que l'on constate si fréquemment à la suite de cette pathogénie, n'est pas souvent de la gastroptose, ou du moins, un état mixte constitué à la fois par l'atonie gastrique, la dilatation et le prolapsus de l'estomac ?

Nous avons vu que les signes par lesquels on diagnostique la gastrectasie sont insuffisants.

D'autre part la *similitude de marche* de la gastroptose et de la dilatation d'estomac est en faveur de cette hypothèse.

Le propre en effet de la splanchnoptose, lorsqu'elle ne reconnait pas un traumatisme ou la grossesse pour causes, est d'avoir un début et un

développement aussi lents qu'ils sont insidieux. Dans ce développement, la gastroptose revêt souvent les signes objectifs de la gastrectasie et se traduit également, quand elle ne reste pas à l'état latent, par les mêmes troubles fonctionnels.

De sorte qu'en résumé, ni l'examen des signes objectifs de l'estomac, ni l'étude de ces troubles fonctionnels ne permettent de distinguer la gastrectasie de la gastroptose au début, et la pathogénie de la dilatation d'estomac n'est pas de nature à éclairer la question.

Tel est ici ce lien que Bouchard aime toujours à chercher « entre les découvertes nouvelles et l'observation médicale traditionnelle ».

Les influences pathogéniques qui concourent à la production de la gastrectasie et de l'atonie gastrique, contribuent également au développement de l'entéroptose, et devant les faits et les objections de la pratique journalière; il serait encore prématuré d'affirmer que c'est plutôt l'un que l'autre de ces états pathologiques qui se développent sous l'influence de la pathogénie de la dilatation de l'estomac.

La dilatation d'estomac et la gastroptose devant les faits et les objections de la pratique journalière. — L'observation raisonnée de la pratique journalière est de nature à éclairer la question.

Quand un malade est atteint de dilatation d'estomac non douteuse se manifestant par des troubles tels que la pesanteur épigastrique, et une sensation de gonflement suivie de vomissements plusieurs heures après le repas, le régime sec, les repas fortement espacés, le traitement habituel de Bouchard font merveille. Ici le diagnostic n'est pas contes-

table, tout un rare cortège de symptômes le révèlent, et le résultat du traitement confirme combien il était fondé.

Examinons maintenant le fait du malade convalescent de maladie grave, c'est-à-dire du prédisposé, du candidat à la dilatation, je dirai même, souvent du prétendu dilaté, puisque d'après Bouchard lui-même, sur dix malades pris au hasard, il y a trois dilatés et sur dix chroniques, on en trouve six.

Son alimentation habituelle n'a rien qui se rapproche du régime sec de Bouchard. Il suit même un traitement diététique opposé. Manger peu et souvent, voilà le conseil que le médecin lui a laissé. En Flandre, par la force de l'habitude, le pain est, sous forme de tartine, son premier et son plus cher aliment. Bientôt les quantités augmentent, la fréquence des repas est néanmoins maintenue pendant quelque temps, et, le sujet se trouve à merveille de cette manière de faire.

L'estomac présente souvent le bruit de clapotage qui révèle la dilatation d'après Bouchard, et cependant, non seulement il ne se révolte pas, mais il supporte parfaitement un traitement qui est la contrepartie de la diététique des dilatés.

Cette observation d'un fait de constatation journalière ne manque pas d'importance ; elle est toute en faveur de la gastroptose.

L'intervention du nouvel élément que Glénard fait intervenir dans l'interprétation des faits, loin de détruire la conception pathogénique de Bouchard, la corrobore et donne, comme nous allons le voir, une explication complémentaire qui était jusqu'ici inattendue.

1° Cette fréquence vraiment incompréhensible

de dilatation restant indéfiniment à la période latente, s'explique par un prolapsus de l'estomac lié à de l'atonie gastrique et consécutif à un relâchement ou un déplacement splanchnique suite d'une maladie grave, d'un accouchement, d'une hernie considérable, d'un traumatisme.

Les judicieuses objections de Coutaret, que j'énumerais tantôt, n'ont de valeur contre la gastroptose.

2° Les sujets ayant présenté, pendant leur vie, les symptômes d'une ectasie stomacale étendue et persistante qu'on ne retrouve pas à l'autopsie, sont probablement des cas ou l'estomac peu dilaté, était, comme l'a expliqué Kaplan, sous l'influence d'un prolapsus, plus en contact avec la paroi abdominale.

3° Les dilatés qui passent presque sans transition, les conditions favorables aidant, de l'état de maladie chronique au parfait fonctionnement de leur organes digestifs, étaient encore des entéroptosés. En effet, notons le bien, car le fait est considérable, tandis que la dilatation est une affection si peu curable que la guérison fait presque douter du diagnostic; dans la gastroptose au premier degré au contraire la guérison est la règle.

C'est dire que la gastroptose réclame un bon nombre de ces dilatés qui sont aujourd'hui légion.

Il ne faut pas en effet concevoir la splanchnoptose comme une affection qui doit fatalement passer par les différentes périodes que nous avons décrites.

Beaucoup de splanchnoptosés, peut-être même le grand nombre, ont un léger abaissement des organes abdominaux qui peut toujours rester latent comme s'il existait une sorte de compensation ana-

logue à celle qu'on voit dans les maladies de cœur[1], ou se traduire par des troubles gastriques de peu d'importance ou de durée. D'autres peuvent avoir des troubles qui, sans s'aggraver, se prolongent indéfiniment et sont pris pour de la dilatation.

Cette manière de voir est d'autant plus pratique que, de l'avis de Bouchard, la dilatation est incurable et qu'au contraire d'après, Glénard, l'entéroptose, quand elle n'est qu'au premier degré, et qu'elle est traitée comme telle, guérit en quelques semaines. On voit dans ces conditions qu'une erreur de diagnostic qui fait traiter la dilatation pour de la gastroptose est peu grave, et que l'erreur contraire longtemps méconnue, peut être grosse de conséquences.

Il est donc d'une importance capitale d'insister sur le diagnostic.

Conclusions. — De ces considérations et du langage des faits se dégage nettement pour nous cette conclusion que les états gastriques considérés comme simples et relevant uniquement de la dilatation d'estomac sont des états complexes dans la production desquels la dilatation d'estomac et l'entéroptose ont chacune avec l'atonie gastrique un rôle étiologique.

Bouchard parlant de la théorie microbienne a dit : « L'éclat de certaines découvertes récentes était bien fait pour fasciner et pour oublier. »

Il ne se doutait pas que cette parole résumerait un jour l'histoire de ses importants travaux sur la dilatation d'estomac.

C'est bien ainsi pourtant qu'il faut juger l'enthou-

1. Glénard, *Conférence à Alger.* (*Presse médicale belge*, 1888.)

siasme avec lequel ses idées ont été accueillies et répandues, car l'observation des faits ne permet plus de laisser à la dilatation d'estomac la large place qu'il lui avait attribuée.

Toute sa doctrine sur les troubles réflexes et les auto-intoxications reste fondée, mais il faut reconnaître comme point de départ des accidents, un état mixte, où l'atonie gastrique est constante, et où la gastroptose a une importance peut-être égale à celle de la dilatation d'estomac.

II. — Diagnostic différentiel de la dilatation d'estomac et de l'entéroptose. — Féréol, en revenant le 23 novembre 1883, sur la question de l'entéroptose, déclarait à la Société médicale des hôpitaux, que la plupart des malades de Glénard font partie de ceux que le professeur Bouchard catégorise sous le nom de *dilatés*.

De fait, pour Bouchard, la dilatation n'est pas douteuse car il en constate les signes physiques, et, par son diagnostic, se rend compte de tous les troubles concomitants.

Pour Glénard cette catégorie de malades, dits des dilatés, n'est pas aussi simple. Ces cas sont complexes et n'offrent entre eux de commun que l'atonie gastrique et les phénomènes d'auto-intoxication qui en sont la conséquence.

La dilatation est un fait d'ordre tout à fait secondaire. Les signes que Bouchard constate ne relèvent que de l'atonie gastrique parfois simple, plus souvent liée, soit à de la gastroptose, soit à un mauvais fonctionnement du foie, quand ce n'est pas à ces deux états en même temps. Et ces trois éléments atonie gastrique, gastroptose, hépatisme expliquent d'une façon au moins aussi satifaisante les troubles existants.

Quoi qu'il en soit, quand la dilatation existe, elle est, comme nous l'avons expliqué, au même titre que la flatulence, les pesanteurs d'estomac, un état secondaire inhérent à l'entéroptose dont elle dépend comme les autres perturbations fonctionnelles.

Cette divergence de diagnostics entre les maîtres prouve, en thèse générale, que si, d'une part, une idée théorique peut nous induire en erreur, de l'autre, signes physiques et troubles fonctionnels ne suffisent pas pour nous fixer sur la nature de la gastropathie. Il ne faut pourtant pas dans la pratique tous les rejeter sans distinction.

Symptômes en faveur de l'entéroptose. — Il existe quelques signes dont la présence témoigne de la prépondérance de l'entéroptose.

C'est : 1° l'*intolérance pour le lait et le vin* qui sont mal digérés alors même qu'ils ne répugnent pas au malade. Cette particularité remarquable chez les déséquilibrés du ventre n'a pas été notée chez les dilatés.

2° L'étonnante *tolérance* pour les repas *copieux* à la condition de choisir ses mets et surtout ses sauces.

3° *Une insomnie à heure régulière* ; le malade s'endort bien en se couchant, mais entre deux et quatre heures du matin, il est réveillé et reste souvent une ou deux heures sans retrouver le sommeil.

Glénard insiste sur la valeur de ces deux signes dans l'entéroptose. L'insomnie manque pourtant assez fréquemment chez la femme.

Il en est encore d'autres capables d'éclairer et même de trancher un diagnostic difficile. Si des maîtres comme Bouchard ne font pas ce diagnostic, c'est, je le répète, qu'une idée directrice, pour ne pas dire préconçue, fausse leur jugement.

Elle leur fait voir dans les entéroptosés des dilatés, dont ils présentent d'ailleurs la plupart des troubles fonctionnels, et le léger degré de l'atonie gastrique prise pour la gastrectasie, qui accompagne habituellement l'entéroptose, les confirme dans leur opinion.

4° Parmi ces signes, la *dépression générale des forces* ou plutôt la *symptomatologie asthénique* (faiblesse générale, faiblesse de reins), avec ce caractère qu'elle existe surtout dès le matin au réveil, et disparaît le plus souvent après le repas, mérite une mention particulière. Avant Glénard cette dépression était attribuée à l'anémie ou à la névropathie.

Quand il s'agit de différencier l'entéroptose de la dilatation d'estomac, les *signes objectifs*, si nombreux qu'ils soient, ne suffisent pas le plus souvent à entraîner la conviction. Les uns, comme l'hépatoptose, la néphroptose sont communs aux deux affections. Les autres ne paraissent qu'à la deuxième période, et l'école de Bouchard les considère, soit comme exceptionnels, soit comme des signes de colite chronique qu'on trouve parfois liée à la dilatation d'estomac. Néanmoins ces signes que j'ai donnés en exposant le diagnostic en général rendront souvent service ; ils seront parfois pour nous une véritable révélation.

Il en est pourtant deux que je veux mentionner, parce qu'ils sont aussi importants que faciles à percevoir. Ce sont : la *flaccidité de l'abdomen* et l'*épreuve de la sangle*.

5° La *flaccidité de l'abdomen* ou *hypotase abdominale*, est un symptôme de la gastroptose. L'entéroptosé n'a habituellement plus de ventre, ou du moins de paroi abdominale. C'est cet état particu-

lier qui facilite l'exploration abdominale et a permis à Glénard de décrire d'une façon si précise les signes de l'entérosténose.

6° *L'épreuve de la sangle* est encore un moyen de diagnostic qu'il est instructif de mettre à profit.

On a dit que, avant Glénard, on connaissait l'usage de la ceinture chez les dilatés. Il est même fait mention de cet emploi dans une communication de Bouchard à la Société médicale des hôpitaux, qui date de 1884. Mais, Bouchard lui-même, s'il en avait fait l'essai, en avait obtenu si peu de résultats qu'il n'en recommandait même pas le port habituel à ses malades.

Ce moyen est simple, convaincant, à la portée de tous.

J'ai suffisamment insisté sur les effets de la ceinture comme moyen de diagnostic et de traitement pour n'avoir pas à y revenir. Le médecin en retirera de précieuses indications dans la clientèle.

Dans la pratique, ces différents éléments ont une réelle valeur diagnostique. On les rencontre rarement tous réunis ; mais on peut trouver groupés sur le même sujet, plusieurs de ces signes révélateurs.

Ce groupement symptomatique sera une première indication : il trace une voie, il donne une direction à suivre, et c'est déjà beaucoup dans un cas obscur ou difficile.

Le traitement fera le reste.

Il nous reste à insister sur un moyen de diagnostic de premier ordre entre l'entéroptose et la dilatation d'estomac. J'insiste d'autant plus volontiers qu'il est d'un caractère tout à fait pratique et que nulle part nous n'avons encore vu lui attacher l'importance qu'il présente.

C'est le traitement diététique, en d'autres termes, le *diagnostic par le régime*.

Diagnostic par le régime. — Qui dit dilatation, sait quel régime en est la conséquence.

« L'hygiène alimentaire du dilaté » pourrait, dit Bouchard, se résumer dans l'axiome suivant : « *Il faut que l'estomac soit distendu le moins possible, le moins souvent, le moins longtemps possible.* »

Les conclusions qui se dégagent de cet axiome sont précises :

1° Pour que l'estomac soit distendu *le moins* possible, il faut *réduire les boissons au minimum.*

2° Pour qu'il le soit le moins *souvent* possible, il faut *exiger la rareté des repas.*

3° Enfin, pour qu'il le soit le moins *longtemps* possible, il faut *choisir les aliments.*

Revenons sur ces conditions.

a) La première est la *diminution des boissons.* Bouchard la développe en ces termes :

Il faut supprimer tout ce qui est inutile en fait d'eau, et par conséquent les aliments liquides.

Il faut encore ne pas boire au premier repas, ne boire qu'en mangeant et ne prendre à chacun des deux principaux repas qu'un verre et demi, chaque verre contenant 250 gr. Trois quarts de litre, en 24 heures, doivent suffire en général.

b) La seconde condition est la *rareté des repas.*

« Il faut que les repas soient éloignés. Manger une fois par jour est impossible. Si l'on ne fait que deux repas, seront-ils séparés par douze heures? Non. Les besoins de l'organisme sont bien moindres pendant la période consacrée au repos. Il faut laisser neuf heures entre les deux repas comme espace diurne; quinze heures comme espace nocturne. D'ordinaire il faut conseiller aux malades trois repas par jour.

Les heures pourront être par exemple sept heures et demie et onze heures et demie du matin; sept heures du soir. »

Bouchard revient avec une insistance vraiment persuasive sur ces deux points :

« Les malades devront, dit-il, ne rien prendre en dehors des repas et résister avec énergie aux impulsions de la faim et de la soif, quand même cette résistance leur causerait une souffrance, et malgré le soulagement momentané que paraîtrait leur donner la satisfaction de ces besoins. »

Et, plutôt que de laisser manquer à sa diététique alimentaire, il conseille au besoin, pour sustenter le malade ou pour tromper sa soif, de recourir aux lavements alimentaires ou aux lavements de boissons.

C'est assez dire, que c'est à l'exécution de ces deux conditions, et, à ce prix seulement, qu'est, d'après Bouchard, attaché le succès du traitement.

c) Une dernière condition est *le choix des aliments*.

« Il faut supprimer tous les aliments liquides, et écarter, autant que possible, tout aliment fermentescible, tels que l'alcool qui fournit de l'acide acétique, le pain quand il n'est pas grillé.

« Les aliments doivent être aussi divisés que possible; il faut donc prescrire des aliments faciles à mâcher; pas de viandes dures, mais des viandes *froides* ou *très cuites*, des poissons bouillis.

« Le premier déjeuner sera peu copieux : un œuf à la coque, des fruits cuits ou des marmelades, pas de pain, ni de boissons. Au deuxième repas conviennent les viandes froides assez cuites, les viandes chaudes, mais braisées, de préférence aux rôtis

saignants, des purées de viande, des poissons bouillis, des œufs peu cuits, des œufs préparés au lait, du lait en quelque sorte solidifié, des pâtes et du riz préparés au lait, au bouillon ou au jus de viande, des purées de légumes considérées à tort comme augmentant la dyspepsie flatulente, des fromages, des compotes de fruits [1]. »

Voilà d'après Bouchard, l'hygiène alimentaire du dilaté.

Blanc-Champagnac [2], appréciant les traitements de Glénard et du professeur de Paris, a dit que les deux auteurs arrivaient à une thérapeutique presque analogue.

Il nous reste, en recherchant cette analogie dans la diététique alimentaire, qui est la base du traitement, à voir ce qu'a de fondé cette opinion que je cite, parce qu'elle est celle d'un grand nombre de médecins.

Reprenons les trois conditions de l'hygiène alimentaire du dilaté.

Diminution des boissons. — Glénard attache si peu d'importance à la quantité des liquides que dans tout son *exposé du traitement de l'entéroptose*, il n'en souffle pas mot. Il laisse, de ce côté, toute liberté au malade, et nous sommes tout à fait de son avis.

Nous voilà bien loin de la défense de boire plus de trois-quarts de litre par jour, de prendre des aliments liquides, et du conseil de calmer la soif par des lavements.

Rareté des repas. — « Le plus grand *écueil* à éviter chez un sujet qu'on soumet au régime, dit

1. Bouchard, *loc. cit.*
2. Blanc-Champagnac., *loc cit.*, p. 88.

Glénard, c'est de *diminuer la quantité* de ses aliments : il souffre d'autant plus qu'il mange moins, c'est-à-dire qu'il diminue le rôle de l'excitant normal de l'estomac qui est l'aliment; car l'atonie gastrique est la source de la moitié de ses maux. »

Non seulement le médecin de Lyon ne diminue pas la quantité des aliments à chaque repas, mais il multiplie le nombre des repas.

Bouchard en conseille deux, Glénard en exige quatre. « L'efficacité des *repas fréquents*, dit-il, n'a pas d'autre cause que l'excitation physiologique qu'ils provoquent. Quand on affirme l'origine nerveuse d'une dyspepsie. par ce fait que les repas en compagnie nombreuse sont mieux digérés que les repas en tête-à-tête, on oublie que le malade y a mangé quatre fois plus que chez lui et des aliments plus choisis : la quantité seule suffit à expliquer rationnellement qu'il souffre moins, car son estomac plus excité, se contracte mieux ou davantage[1]. »

Bouchard fait vider l'estomac par un lavage, lorsque la digestion du repas précédent n'est pas complète au moment de se remettre à manger, c'est-à-dire six à sept heures après le repas.

Glénard au contraire, pour faciliter le travail de la digestion et l'exciter physiologiquement, multiplie le nombre des repas et conseille un petit repas ou du moins une collation supplémentaire.

Voilà pour le nombre des repas.

Le choix des aliments. — L'un et l'autre conseillent de s'abstenir de l'usage de graisses, de prendre modérément toute boisson ou aliment qui peut avoir de la tendance à fermenter, tels que le vin, le pain.

1. Glénard, *loc. cit.*

Le désaccord commence sur la façon d'apprêter les viandes.

Glénard donne de beaucoup la préférence aux viandes saignantes, rôties, Bouchard aux viandes braisées.

Le premier aux viandes chaudes et, pour ma part, souvent, j'ai vu les malades les mieux digérer que les viandes froides; et cependant ce sont ces dernières que Bouchard recommande.

Sauf cette divergence, dans la façon d'apprêter les viandes, leur échelle de digestibilité des aliments est remarquable d'analogie; elle prouve bien que les aliments qui font le plus souffrir sont ceux qui séjournent le plus longtemps dans l'estomac.

Dans le choix des aliments, il n'est qu'une divergence vraiment importante, elle porte sur l'usage du *lait*.

Bouchard recommande nombre d'aliments qui ont le lait tantôt pour base, tantôt pour véhicule. Ce sont « les œufs préparés au lait, du lait en quelque sorte solidifié, des pâtes, et du riz préparés au lait. »

Bien plus, quand son régime ne peut être toléré, il prescrit le régime lacté, et arrive, en passant par une variété de préparations à base de lait, à instituer la diététique alimentaire du dilaté.

Glénard proscrit le lait d'une façon absolue, et, va jusqu'à faire de son indigestibilité dans l'entéroptose un moyen de diagnostic. « Laitages, crême, lait pur, leur indigestibilité est indiscutable, dit-il; les assertions des malades sont unanimes à cet égard.

« La diète lactée est absolument contre-indiquée; elle est nuisible et affaiblit les malades. Ce n'est pas qu'elle ne paraisse dans la plupart des cas d'en-

téroptose neurasthénique, rendre de réels services : les souffrances gastriques du malade sont immédiatement calmées. Mais ce n'est qu'une illusion, un trompe-l'œil. Dans un mois, trois mois, six mois, le malade ne digèrera plus le lait, se verra obligé d'en boire une gorgée toutes les demi-heures ou toutes les dix minutes, comme je l'ai vu, en réduira la quantité et il se trouvera finalement au même point qu'au début de la diète lactée, mais avec la menace d'inanition et l'affolement psychique en plus. Sur mes quatre cents cas d'entéroptose, quarante-sept avaient été soumis, pendant une phase donnée de leur maladie, à la diète lactée exclusive, et j'affirme que pas un n'a pu témoigner positivement d'un bénéfice quelconque (sauf la suspension des douleurs pendant les premiers jours) à la suite de cette épreuve alimentaire.

« D'un autre côté, il m'a été donné d'intervenir douze fois auprès d'entéroptosiques en pleine diète lactée, rigoureusement suivie depuis un, deux, six mois, deux ans (deux fois) : or, j'ai pu chaque fois, dominant la terreur du malade, supprimer brusquement jusqu'à la moindre goutte de lait pur, et, cette hardie prescription, non seulement ne lui fut pas nuisible, mais excita, à travers ses angoisses, sa stupéfaction et son bonheur de pouvoir digérer autre chose que du lait, et surtout de la viande, et de la mieux digérer. A de tels malades, il faut, certes, une diète exclusive, mais cette diète doit être carnée et non lactée [1]. »

Ce langage est aussi net que catégorique.

1. *Traitement de l'entéroptose*, p. 34.

En résumé :

Le régime du dilaté consiste à prendre :	*Le régime de l'entéroptosé consiste à prendre :*
1° Des repas fortement espacés (2 par jour si possible).	1° Des repas fréquents (4 et parfois davantage).
2° Le moins de boissons possible (3/4 de litre par jour[1].	2° Des boissons suivant ses besoins.
3° Force aliments à base de lait, et parfois le régime lacté.	3° Surtout pas de lait, ni de préparations contenant du lait.

Les deux diététiques alimentaires sont vraiment assez différentes, pour que les résultats obtenus par leur application successive, éclairent sur la nature de la maladie.

Dans le doute n'est-ce pas tout à fait le cas de répéter le vieil adage clinique : *Naturam morborum ostendunt curationes*, et de lui demander de fixer le diagnostic?

L'essai du diagnostic par le régime, est d'ailleurs aussi facile que pratique dans la clientèle journalière.

La plupart des dyspeptiques, qui souffrent depuis longtemps de leur mal, ont été déjà soumis au régime de Bouchard.

On essaie tout pour les soulager, et, le régime de la dilatation qui occupe une si large place dans la thérapeutique contemporaine, ne manque pas de leur être imposé.

En réalité et en définitive, pour voir quelle est, de l'entéroptose ou de la dilatation, la maladie qui tient la plus grande place dans leurs misères, il ne reste donc le plus souvent qu'à instituer le régime de Glénard, et, à comparer les résultats à ceux obtenus par le traitement de la dilatation.

Cette épreuve, les malades l'acceptent volontiers;

elle n'a pas les rigueurs du régime sec, s'accommode beaucoup mieux avec leurs goûts, et, il ne faut pas longtemps pour juger de ses effets.

Ce régime, nous le donnerons en détail en exposant la question du traitement *complet* de l'entéroptose qui doit l'accompagner, parce que ce n'est que dans ces conditions que l'expérience de la diététique alimentaire est vraiment probante.

Insufflation artificielle de l'estomac. — Les idées que nous venons d'exposer en faveur de la fréquence de la gastroptose dans la pratique, trouvent leur confirmation dans les originales recherches de Poltowicz sur l'étude de la maladie de Glénard à l'aide de l'insufflation directe de l'estomac [1].

Le ballonnement artificiel de l'estomac par les gaz est connu depuis plusieurs années comme moyen diagnostique; à force de simplifier cette méthode d'exploration, Poltowicz en a fait sous l'inspiration de son maître, le Pr Roux (de Lausanne), un moyen courant d'investigation et un précieux moyen de diagnostic entre la gastrectasie et la gastroptose.

Poltowicz donne la préférence à l'insufflation par la sonde œsophagienne, mais remplace la poire, qu'on ajustait à la sonde, par l'insufflation buccale. Ce dernier mode permet le dosage facile du volume d'air comme de la pression sous laquelle celui-ci pénètre dans l'estomac. Voici le procédé d'après l'auteur :

Procédé d'insufflation buccale de l'estomac. — « L'unique instrument pour insuffler l'estomac est

1. *Revue médicale de la Suisse romande*, avril, 1892. *Contribution à l'étude de la maladie de Glénard et du carcinome de l'estomac à l'aide de l'insufflation directe*, par C. Poltowicz, de Lausanne.

une sonde œsophagienne de petit calibre (diamètre 11 mm.); la grosse sonde qu'on emploie pour le lavage d'estomac est inutile dans ce cas. La sonde mince est introduite facilement, même chez les malades non habitués et très sensibles.

« L'insufflation n'est pas portée dès l'abord au maximum, parce que dans ce cas, les limites de l'estomac ne se dessinent pas d'une manière assez nette.

« Le malade dans le décubitus dorsal est découvert du pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde. Au moment de l'insufflation, on inspecte la région stomacale. On donne un premier coup d'air correspondant approximativement à un cinquième de la capacité vitale des poumons, c'est-à-dire 700 cm^3 d'air environ; l'estomac, à peine tendu, se dessine rapidement derrière les parois abdominales par ses limites supérieure et inférieure, qui apparaissent dans la règle avec une netteté encourageante. C'est à ce moment surtout que se révèle la supériorité de l'insufflation buccale sur tous les autres procédés du ballonnement de l'estomac.

« Avec un peu d'exercice, l'opérateur arrive à doser son premier « coup de piston » à quelques centimètres cubes près, et, utilisant un volume qui ne saurait en aucun cas, causer une distension dangereuse de l'organe, il fait pénétrer *brusquement* dans l'estomac une quantité de gaz telle qu'on ne saurait l'obtenir d'une poire ordinaire. En cet instant, les contours du viscère apparaissent immédiatement : *la petite courbure aussi vite et aussi nettement que la grande*, et ceci à un moment où il ne saurait être question de surdistension de l'organe.

« Pour obtenir la dilatation aussi brusque au moyen d'une poire, il faudrait pomper très rapide-

ment, et sans avoir le temps de juger sous quelle pression; ou bien, il faudrait un sac à air confectionné *ad hoc*, ce qui est plus compliqué que celui que nous portons en nous-même.

« Par contre, si le ballonnement n'est pas *brusque*, on n'a pas aussi clairement les contours de l'organe au complet.

« Fermant l'orifice externe de la sonde, en comprimant celle-ci avec deux doigts, on conserve à l'estomac son volume actuel à volonté. Ensuite, en insufflant par coups successifs, on observe la mobilité des limites de l'estomac. D'après la quantité de l'air insufflé, nous pouvons juger, très approximativement, du degré de la dilatation stomacale, aussi exactement qu'avec un appareil plus compliqué. Enfin, à moins d'avoir recours à un dispositi- de laboratoire trop compliqué, on ne saurait mieux se rendre compte de la pression de l'air insufflé...

« Pour enlever la désagréable sensation de plénitude de l'estomac qui persiste après l'insufflation, on presse doucement et successivement sur les parois abdominales dans la région de l'estomac insufflé avant d'ôter la sonde, et l'air se dégage rapidement [1].

« L'insufflation fait apparaître l'estomacdis tendu en en reproduisant les contours. C'est donc *de visu* qu'il est donné de constater si le viscère est abaissé ou simplement dilaté ou, si, comme c'est la règle, la gastroptose et la gastrectasie se trouvent réunies et ont l'une et l'autre une part dans la production des troubles dyspeptiques. »

Aussi, devant des résultats aussi nets, Poltowicz n'hésite pas à tirer de ses recherches cliniques des conclusions formelles.

1. C. Poltowicz, *loc. cit.*, p. 465.

« Nous avons pu, dit-il, constater chez nos malades, la coïncidence fréquente de la ptose généralisée avec la dilatation stomacale; chez les dilatés, nous avons *toujours* observé l'abaissement de l'estomac *in toto*.

« L'insufflation nous donne le moyen de diagnostiquer la ptose dans les cas où les autres symptômes physiques font défaut.

« Nous croyons que dans beaucoup de cas, où l'on diagnostique la dilatation stomacale, il n'existe en réalité que la ptose pure de cet organe, ou le plus souvent, la ptose combinée avec la dilatation.

« Nous oserions affirmer qu'une bonne proportion des dilatés ont été à l'origine des déséquilibrés, ce qui s'explique par la complexité des moments étiologiques de la ptose, et ce qui rend fort bien compte des nombreux échecs dans le traitement ordinaire de la dilatation, lorsqu'on ne tient pas compte de l'élément *ptose* de l'estomac [1].

« L'insufflation artificielle de l'estomac est donc un moyen de diagnostic précieux dans les cas où il est difficile de faire la part des troubles qui sont dus à la ptose stomacale, et celle des troubles qui reconnaissent pour causes la dilatation.

« Même dans les cas où le diagnostic des tumeurs de l'estomac et de la gastroptose est en cause, l'insufflation peut encore éclairer le diagnostic. »

« Dans ces cas délicats on ne saurait trop mettre à profit ce moyen de diagnostic.

« Il présente les avantages suivants :

« En premier lieu, la progression de la tumeur à chaque coup d'insufflation indique que la tumeur appartient bien à cet organe ou lui est attaché. En-

1. Poltowicz, *loc. cit.*, p. 367.

suite, en voyant le relief de l'estomac se dessiner derrière les parois abdominales, nous pouvons trouver les rapports de la tumeur avec les différentes parties de cet organe. En outre, l'insufflation fait descendre et apparaître la tumeur, quand elle est cachée sous le rebord costal (carcinome de la grosse tubérosité), ou quand elle est masquée par le foie. Enfin, l'insufflation permet de contrôler, avec la plus grande facilité, la mobilité et l'opérabilité du carcimone.

« L'insufflation stomacale, il faut le retenir, doit rester un procédé d'exploration utile à employer dans tous les états dyspeptiques où le diagnostic est difficile, et surtout où le traitement en dépend.

« A ce double titre il méritait la place importante que nous lui avons faite ici comme élément de diagnostic entre la dilatation d'estomac et la ptose stomacale. »

Les conclusions du travail de Poltowicz, corroborent la thèse que nous soutenons nous les adoptons et nous les citons complètement bien qu'elles ne soient pas toutes ici à leur place :

1° La splanchnoptose (maladie de Glénard) est une entité morbide.

2° Dans sa forme classique, elle se compose de la gastroptose, l'entéroptose, la néphroptose, souvent l'hépatoptose et la splénoptose, qui sont réunies par la communauté de l'étiologie, des symptômes et des indications.

3° Néanmoins, chaque ptose en particulier peut se rencontrer séparément ou en combinaisons variées avec d'autres.

4° La ptose de l'estomac est ordinairement accompagnée de la dilatation de cet organe.

5° L'insufflation de l'estomac permet toujours de

déceler la ptose de cet organe. Ce moyen de diagnostic est fort utile dans d'autres affections de l'estomac (carcinome, retrécissement); l'insufflation buccale, plus rapide, facile et sûre, doit être préférée aux autres procédés de ballonnement [1].

CHAPITRE VI

ENTÉROPTOSE ET NEURASTHÉNIE

I

L'entéroptose, à peine sortie du chaos des maladies, a dû faire valoir ses droits à l'existence.

Confondue, à la période d'état, par l'école de Bouchard avec la dilatation d'estomac, elle a été, à sa période neurasthénique, considérée comme une forme de la maladie de Béard.

Dans ces dernières années, les travaux de Charcot et de ses élèves ont fixé les limites de la neurasthénie et fait connaître sa pathogénie spéciale.

A la lumière des travaux de l'école de la Salpétrière d'une part, et d'une observation clinique longtemps poursuivie de l'autre, les recherches récentes de Glénard sont arrivées à éclairer d'un jour nouveau le problème, jusque-là si obscur, de l'influence pathogénique de l'entéroptose sur les phénomènes neurasthéniques.

Aujourd'hui la question est résolue au moins dans ses grandes lignes, je veux dire, en ce qui concerne la *nature* et *l'étiologie* de la neurasthénie et de l'entéroptose.

1. Poltowicz, *loc. cit*, p. 433.

La neurasthénie paraît être une maladie essentielle.

L'étiologie de cette affection comporte deux éléments : l'un, toujours le même, la *cause prédisposante*; l'autre, éminemment variable et complexe, la, ou plutôt, les *causes occasionnelles* ou *déterminantes*.

La cause première de la neurasthénie est la *tare névropathique héréditaire,* c'est-à-dire l'ensemble des conditions de terrain que l'hérédité crée et groupe chez les sujets issus de parents névropathiques.

Si puissante que soit la prédisposition comme facteur étiologique, elle serait à elle seule le plus souvent insuffisante. On peut être, toute sa vie, candidat à la neurasthénie comme à la tuberculose, sans devenir tuberculeux ou neurasthénique. D'une façon générale, il faut une cause occasionnelle ou déterminante pour faire éclater la maladie.

Les *causes occasionnelles* les plus fréquentes sont les conditions d'éducation de milieu, le genre de vie, les émotions, les passions dépressives, les excès, les maladies, le traumatisme.

Ces causes s'associent, combinent leur fâcheuses influences, et, quand elles se rencontrent sur un terrain préparé à les recevoir, déterminent à coup sûr la neurasthénie. Nous appelons l'attention sur ce point : chocs moraux intenses et prolongés, et chocs physiques, impressions d'ordre moral comme épuisements dûs à de longues douleurs physiques, ces causes occasionnelles n'aboutissant à la neurasthénie que lorsqu'elles exercent leur action sur un terrain favorablement préparé par l'hérédité.

Comme le dit justement Dejerine, « plus l'im-

prégnation héréditaire est grande, et plus facilement agissent toutes les causes morales banales qui, par elles-mêmes, sont absolument sans effet[1] ».

En d'autres termes, l'hérédité est, en règle générale, à l'origine de toute neurasthénie.

Sans doute, on peut admettre, à priori, que la vie intensive et toute faite d'excès, d'émotions et de surmenage de toute sorte que mènent certaines personnes, peut, en moins d'une existence, réaliser cet ensemble de conditions de terrain qui constitue la tare héréditaire névropathique et qui habituellement est l'œuvre de plusieurs générations. Mais, ce genre d'existence même est une manifestation évidente du tempérament névropathique du sujet qui le mène. Ce cercle vicieux vient à son tour prouver qu'il faut une tare névropathique héréditaire, en même temps que des conditions occasionnelles ou déterminantes, pour amener le développement de la neurasthénie. Quant aux rapports de la maladie de Béard avec l'entéroptose, il est également admis que les troubles de la statique abdominale, comme ceux de l'appareil digestif ou génital, agissent simplement comme causes occasionnelles déterminantes.

Ces troubles, en raison de leur durée et des souffrances prolongées qu'ils amènent, peuvent avoir un rôle étiologique important quoique secondaire, mais ils ne sont jamais qu'une cause occasionnelle et ne déterminent la maladie de Beard que chez des sujets prédisposés par leur hérédité névropathique.

C'est le cas de répéter ce mot : « Même parmi

1. Dejerine, *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux.*

les entéroptosés, n'est pas neurasthénique qui veut ».

Telle est la doctrine de Charcot sur l'étiologie de la neurasthénie et sur ses rapports avec l'entéroptose.

II

A mesure que l'étiologie de la malade de Beard a été mieux établie, que ses frontières ont été mieux délimitées, et que l'étude de l'entéroptose et des troubles nerveux qu'elle entraîne a elle-même été mieux connue, Glénard a pu préciser ses idées sur ces questions.

En 1885, la neurasthénie n'était pas encore sortie, avec Charcot, du chaos des névropathies, l'entéroptose était à peine sortie du chaos des maladies chroniques; ce n'était certes pas dans ces conditions que les rapports des deux maladies pouvaient être définitivement établis.

C'est ce qui est arrivé.

Glénard s'est lui-même expliqué sur la nature et l'origine des troubles qu'il avait, à cette époque, c'est-à-dire avant les travaux de Charcot, décrits sous le nom de neurasthénie. Alors, la neurasthénie de Beard n'était encore, de l'avis de tous, entr'autres de Huchard, le seul qui, jusque-là en eut parlé en France, n'était, dis-je, que l'ancienne névropathie plus fouillée, et interprétée comme faiblesse nerveuse.

Il n'est que juste de remarquer que Glénard a, le premier, dégagé et mis en relief trois signes de la neurasthénie, qu'après lui tous les auteurs ont acceptés comme trois stigmates (sur cinq) de la maladie de Beard, à savoir : l'asthénie, la dyspepsie et l'insomnie.

L'école de Charcot a restreint l'acception du terme neurasthénie aux maladies qui, outre ces trois stigmates, présentaient ceux de la rachialgie et de la céphalée : c'était une nouvelle neurasthénie, définie et restreinte. Elle ne répondait plus, dans tous les cas, au syndrôme antérieurement décrit par le médecin de Lyon, qui avait employé le terme neurasthénie comme le mieux appliqué à la combinaison de névropathie et d'asthénie que présentaient les symptômes de ses malades.

Aujourd'hui, pour répondre aux faits cliniques, Glénard propose les distinctions suivantes :

1° Le nervosisme?

2° La névropathie essentielle(?).

3° La névropathie asthénique par entéroptose?

4° La neurasthénie essentielle(?).

5° La neurasthénie d'origine hépatique entraînant parfois après elle une entéroptose secondaire.

6° La neurasthénie d'origine entéroptosique, où l'entéroptose se complique de troubles hépatiques qui déterminent la production de la neurasthénie.

Glénard considère ces distinctions, comme jusqu'ici nécessaires pour les besoins de la clinique, mais il croit formellement que, avec le temps et l'observation, les formes essentielles de la névropathie comme de la neurasthénie viendront à disparaître. Ses « ... recherches ne lui permettent pas encore d'affirmer, mais le portent à penser, que les formes, dites essentielles, ne s'installent chez un sujet qu'à la suite, ou plutôt, que par le fait de troubles digestifs et en particulier hépatiques, troubles acquis ou héréditaires. » Ses « ... études sur l'hépatisme lui permettent de plus en plus de tendre vers ces conclusions [1]. »

1. Note manuscrite.

Les classifications sont toujours difficiles à établir; toutes, quelles qu'elles soient, restent discutables parce que les maladies nerveuses renferment encore trop d'inconnues pour pourvoir d'ici longtemps être classées d'une façon définitive. Le médecin de Lyon propose lui-même la sienne seulement encore comme probable.

Ce qu'il nous faut retenir des idées de Glénard :

C'est : 1° cette tendance, qu'accentuent chaque jour ses recherches, à rejeter toute névropathie et toute neurasthénie essentielles, à placer leur source dans le foie, et, dans celui-là, la transmissibilité héréditaire. C'est 2° ce fait absolument acquis que l'asthénie aux allures névropathiques, qui est si fréquente chez les entéroptosés, est un état névropathique qui ne reconnaît pas la neurasthénie vraie pour cause et qui n'en présente pas les stigmates.

Cet état n'en a pas davantage l'étiologie.

L'asthénie de l'entéroptosé reconnaît en effet deux causes :

1° l'*hypotase abdominale*. C'est-à-dire la diminution de la tension abdominale qui est le fait de l'entéroptose ;

2° des troubles fonctionnels de la glande hépatique encore mal définis et considérés par Glénard, comme des manifestations de ce qu'il a synthétisé sous le nom d' « *hépatisme* ».

La compression et le relèvement de l'abdomen par une ceinture prouvent jusqu'à l'évidence, en faisant disparaître les phénomènes asthéniques, le rôle pathogénique de la tension abdominale.

L'augmentation des symptômes asthéniques à jeun, leur amendement immédiat sous l'influence des repas sont encore des faits cliniques à l'appui de cette démonstration.

Quant au rôle du foie dans la production de ces phénomènes asthéniques, il ressort des études récentes de Glénard.

Chez la plupart des entéroptosés arrivés à la première période, l'exploration par son délicat « procédé du pouce » lui a fait découvrir un foie malade ; puis, un traitement, spécialement dirigé contre cet organe, lui a fait obtenir, en même temps que l'amélioration de la fonction hépatique et le retour de l'organe à ses dimensions ou à sa sensibilité et sa consistance normales, l'amendement et même la guérison des symptômes asthéniques.

Le vieil adage a toujours toute sa force :

Naturam morborum ostendunt eurationes.

Voilà brièvement décrite l'histoire en même temps que l'étiologie de cette symptomatologie asthénique qu'on retrouve plus ou moins accentuée à toutes les phases et dans toutes les formes cliniques de l'entéroptose.

Cette symptomatologie, se développant sur un terrain prédisposé aux manifestations névropathiques, peut donner lieu à des modalités cliniques très variées. C'est cette richesse de types, et cette variété d'entéroptosés névropathiques que nous avons voulu mettre en relief en décrivant une forme névropathique de l'entéroptose, qui correspond à l'état névropathique que Glénard avait, avant 1885, décrit sous le nom de neurasthénie

L'exposé de l'étiologie de la neurasthénie de Charcot, les stigmates propres à cette affection, la pathogénie spéciale de l'entéroptose et de sa forme névropathique, portent à croire que dans la pratique les deux tvpes de maladie prêteront encore longtemps à confusion ou à erreur de diagnostic.

Cependant le diagnostic entre la neurasthénie essentielle et l'entéroptose à forme névropathique, restera souvent possible à condition de faire un examen complet du sujet.

Bouveret insiste, avec raison, sur la nécessité d'interrogatoires soigneux, méticuleux, prudemment dirigés, et surtout, souvent répétés. Comme il le dit judicieusement, « ce n'est guère qu'après quatre ou cinq examens méthodiques et complets qu'on est à peu près sûr de posséder une observation correcte et par conséqnent tous les éléments de diagnostic [1]. »

La pratique présente deux variétés de cas délicats où le diagnostic reste quelquefois en suspens.

La première c'est l'entéroptose associée à la neurasthénie vraie, c'est-à-dire la forme neurasthénique de l'entéroptose que nous avons décrite.

La secondeest lecas d'un état névropathique aux allures neurasthéniques ou, faute de stigmates bien précis d'une part, ou, de signes objectifs suffisamment palpables de l'autre, le diagnostic restedouteux.

L'examen méthodique. comme le conseille Bouveret, nous tirera le plus souvent d'embarras.

S'il ne suffit pas, le traitement lèvera tous doute.

En effet, tandis que dans la première variété, les symptômes nerveux de la neurasthénie essentielle, associés à l'entéroptose, restent insensibles à l'action thérapeutique des agents efficaces contre la maladie de Glénard, dans la deuxième au contraire, l'influence de ces agents est vraiment puissante, car, comme l'observe Glénard, « il n'est pas, dans tout le cortège névropathique de l'entéroptose pure, un de ses symptômes qui ne cède au traitement de la splanchnoptose ».

1. Bouveret, *Mal de l'estomac*, p. 73.

Ces lignes étaient écrites, lorsque M. Bouveret médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon a fait paraître son *Traité des maladies de l'estomac.* L'auteur de ce remarquable ouvrage, consacre un important chapitre à l'entéroptose, qu'il propose comme nous d'appeler « maladie de Glénard [1].

Les idées de Bouveret sur ce sujet méritent d'être signalées et discutées, non-seulement en raison de l'autorité scientifique qui s'attache à son nom, mais, parce que, par ses travaux antérieurs sur les affections digestives et nerveuses [2] le médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon était, depuis longtemps préparé à l'examen de cette question encore si peu connue de l'entéroptose, et au contrôle des découvertes cliniques de Glénard.

Ses conclusions trouvent donc naturellement ici leur place. Bouveret constate le progrès apporté à l'exploration de l'abdomen par les divers procédés de palpation de Glénard et il admet la valeur des signes objectifs de l'entéroptose; comme, nous comme Glénard d'ailleurs, à aucun d'eux, il n'accorde de caractère pathognomonique, mais

1. Bouveret, *Traité des maladies de l'estomac*, Paris, J.-B. Baillière, 1893, 1 vol. gr. in-8. *L'entéroptose ou maladie de Glénard*, chap. IV, p. 361-380.

2. *La neurasthénie* (épuisement nerveux). Deuxième édition, Paris, J.-B. Baillière, 1891, 1 vol. in-8, p. 480.

La dyspepsie par hypersecrition gastrique ou maladie de Reichmann (en collaboration avec M. Devic). Paris, J.-B. Baillière, 1891, 1 vol. in-8.

Recherches cliniques et expérimentales sur la tétanie d'origine gastrique (en collaboration avec M. Devic). *Revue de médecine*, 1892).

Sur la dilatation du cœcum et du colon ascendant (*Lyon médical*, 1887).

Spasmes cloniques du pharynx, aérophagie hystérique (*Revue de médecine*, 1891).

il reconnaît à leur groupement, à leur association habituelle une signification si décisive que, dit-il, « le diagnostic de l'entéroptose est même facile ».

Le fait est vrai : bien que l'entéroptose soit une affection nouvelle, il est vraiment aisé de la reconnaître ; la condition c'est d'y penser.

Au sujet de l'importante question de diagnostic, il est un reprocbe que nous nous permettrons de faire à Bouveret; c'est d'avoir fait, dans sa description, une part trop grande aux signes objectifs, et, une place trop petite aux signes subjectifs.

Dans la description telle que l'a faite Glénard, la maladie a trois périodes (atonie gastrique, gastroptose, entérosténose), et, comme il le dit lui-même, les deux premières périodes, celles que l'on rencontre le plus fréquemment et qu'il importe le plus de savoir diagnostiquer, évoluent sans présenter de signes objectifs nettement caractéristiques.

Dans ces cas, qui, je le répète, sont les plus nombreux, les signes subjectifs de la maladie sont des éléments de diagnostic qui ont alors plus de valeur pratique que les signes objectifs; et, sans eux, l'entéroptose est une maladie qui risque de rester bien lougtemps encore « parmi les grosses choses qu'on ne voit pas » (Charcot).

Cette observation avait une trop grande portée pratique pour ne pas être faite.

Bouveret n'attache pas plus d'importance que nous ne le faisons au *clapotage gastrique.* « Ce bruit, dit-il, n'est pas plus un signe d'entéroptose qu'un signe de dilatation d'atonie, de dislocation, verticale ou d'abaissement total de l'estomac. On peut le rencontrer dans toutes ces affections. S'il est commun dans l'entéroptose, c'est que l'estomac

y est ordinairement atteint d'atonie ou dilaté »[1].

L'insufflation de l'estomac est, de l'avis de Bouveret comme du nôtre, une précieuse ressource, mais qu'il faut réserver pour les cas difficiles. Il ne se montre pas, comme Ewald, partisan d'achever le diagnostic de l'entéroptose en pratiquant l'insufflation de l'estomac ou même du gros instestin.

Les difficultés de la pratique peuvent parfois conduire à user de ces moyens d'exploration dans des cas exceptionnels. Ils doivent être connus pour pouvoir au besoin être mis à profit.

L'insufflation du gros intestin permet d'apprécier avec plus d'exactitude la situation du colon transverse, du colon ascendant et du cœcum; mais, comme le conseille Boas, mieux vaut faire pénétrer dans le rectum, une certaine quantité, environ 500 à 600 gr. d'eau tiède, à l'aide d'une sonde munie d'un entonnoir, procédé préférable à l'insufflation d'air atmosphérique. A l'état normal, on obtient ainsi un bruit de clapotage au voisinage et au-dessus de l'ombilic. Si le colon transverse est abaissé, le bruit est perçu plus bas, et, suivant le degré du prolapsus, se rapproche plus ou moins de la symphyse du pubis[2].

L'avis de Glénard est que ces moyens, précieux au point de vue de la démonstration expérimentale, de la démonstration de laboratoire, sont superflus en clinique. A défaut du tableau symptomatique, le plus souvent si péremptoire, l'épreuve thérapeutique, si logiquement indiquée, en tous cas si innocente, fixe rapidement le diagnostic; il s'agit en effet de faire la prothèse de l'abdomen

1. Bouveret, *loc. cit.*, p. 365.
2. Bouveret, *loc. cit.*, p. 368.

chez un sujet se plaignant de faiblesse, de combattre la constipation, d'instituer le régime, de remédier au vice de la secrétion gastrique. La première indication est la seule sur laquelle on puisse se tromper, les autres doivent être remplies, quelle que soit la maladie. Or, si l'on se trompe en prescrivant une sangle, assurément l'erreur ne peut être préjudiciable au malade.

Bouveret a, croyons-nous, fait œuvre de clinicien, en admettant l'entéroptose dans le cadre d'un traité didactique sur les maladies d'estomac, et en exposant cette maladie avec les mêmes développements que comportent l'importance et la fréquence de l'entéroptose.

Nous ne pouvons reconnaître le même mérite à l'ouvrage de Debove et Rémond [1] qui paraissent ne connaître cette maladie, que par ouï-dire, et semblent ne l'avoir jamais rencontrée, en dépit de son extrême fréquence.

Dans leur « traité des maladies de l'estomac » au lieu des vingt pages attribuées à sa description par Bouveret, ils ne consacrent que quatorze lignes à l'entéroptose, et, en donnent une idée absolument fausse à leurs lecteurs.

L'étude de l'entéroptose a sa place non-seulement dans le cadre des maladies de l'estomac, mais dans celui des névropathies, ainsi que du reste l'ont compris tous les auteurs qui ont écrit sur la neurasthénie; mais il faut pour cela sortir résolument de l'ornière classique.

1. Debove et Rémond, *Traité des maladies de l'estomac*, Paris. 1893, p. 16.

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT DE L'ENTÉROPTOSE EN GÉNÉRAL

L'entéroptosé, nous l'avons dit, est un déséquilibré du ventre, habituellement doublé d'une tare héréditaire ou acquise.

Cette définition pathogénique entraîne d'elle-même la division, au point de vue pratique, du traitement de l'entéroptose en deux parties :

Traitement de la deséquilibration abdominale.

Traitement de la tare héréditaire ou acquise ou plus simplement *traitement diathésique*.

Le meilleur moyen d'établir l'importance de la thérapeutique générale de l'entéroptose et de la faire connaître dans ses moindres détails, est d'en montrer l'application dans la pratique journalière.

C'est dans ce double but, qu'après avoir donné d'une façon synthétique le traitement général de l'entéroptose, nous décrirons, dans une dernière partie, d'une façon analytique le *traitement particulier des diverses formes cliniques* de la maladie de Glénard, en publiant les observations à l'appui de notre travail.

Traitement de la déséquilibration abdominale.

Tous les entéroptosés, à quelque période qu'ils s'offrent à notre observation, sont des déséquilibrés du ventre.

Les symptômes qu'ils présentent, peuvent varier d'aspèct, ou d'intensité; ils peuvent être dyspepti-

ques, névropathiques et même neurasthéniques, de date récente ou ancienne, en dernière analyse, l'état pathologique du malade se ramène toujours à ces trois points ;

L'équilibre abdominal est rompu.

Les fonctions gastriques, les fonctions intestinales ne s'exercent plus d'une façon normale.

De cet état dérive constamment la triple indication.

1° *De rétablir l'équilibre abdominal*, ce sera le rôle de la *ceinture*;

2° *De rétablir les fonctions gastriques*, ce sera surtout une affaire de régime;

3° *De rétablir les fonctions intestinales*, ce sera le résultat obtenu par l'usage régulier des *moyens laxatifs*.

Tel est le trépied thérapeutique sur lequel doit reposer le traitement de la rupture de l'équilibre abdominal pour être stable et durable.

C'est à cette condition, et, à cette condition seulement, que le déséquilibré guérira.

Que le cas soit grave ou léger, les indications fondamentales restent toujours les mêmes. Comme nous le verrons dans l'application de la thérapeutique de l'entéroptose aux différents types de déséquilibrés, le degré d'énergie des moyens employés est mesuré au degré d'intensité des symptômes; la force des remèdes est proportionnée à la gravité du mal, mais, dans tous les cas, la triple indication doit être remplie.

« Nous voilà donc bien loin, comme dit Glénard, de cette conception thérapeutique qui croyait répondre complètement avec une ceinture à toutes les indications de l'entéroptose ! Restreindre ainsi le traitement de l'entéroptose serait s'assurer un

mécompte certain non seulement 90 mais 100 fois sur 100[1]. »

Indépendamment des indications primordiales, il est, dans la déséquilibration abdominale, un certain nombre d'*indications secondaires*, éminemment variables suivant les sujets, auxquelles il importe de répondre.

Ce sont par exemple des troubles digestifs que le régime, malgré ses rigueurs, est insuffisant à combattre, des symptômes de faiblesse générale, d'insomnie, troubles nerveux que le traitement capital de la déséquilibration, ne suffit pas à dissiper.

Ces indications secondaires feront l'objet d'un chapitre particulier, dans lequel nous verrons le rang, l'importance de la thérapeutique spéciale qu'il faut leur attribuer.

Certains esprits, aux tendances chirurgicales, sont portés à croire que la déséquilibration abdominale, en raison de la néphroptose qui est son satellite presque habituel, peut comporter quelques interventions opératoires.

Il n'en est rien. Tuffier, qui est pourtant loin de partager les idées de Glénard, est absolument formel sur ce point.

Dans son intéressante clinique sur la chirurgie du rein, il le déclare en ces termes : « Je tiens surtout à insister sur les indications de la *néphropexie*. Je n'ai opéré qu'un nombre très restreint de malades en comparaison du chiffre élevé de ceux que j'ai été appelé à examiner. La fixation opératoire est de mise toutes les fois que la mobilité rénale est nettement la cause des accidents douloureux et qu'un appareil prothétique ne lui apporte pas

1. *Traitement de l'entéroptose*, p. 14.

remède; mais, j'insiste sur la nécessité de distinguer ces cas de *luxation rénale, véritable traumatisme constituant la maladie*, de ceux dans lesquels la néphroptose n'est qu'un incident, qu'un des facteurs auxquels se joint l'entéroptose [1]. »

La question des indications chirurgicales dans l'entéroptose ne pouvait être jugée d'une façon plus clinique et plus complète.

Les indications, si multiples qu'elles puissent paraître de prime abord dans le traitement de la déséquilibration abdominale, sont donc en réalité, réduites le plus souvent à trois. Le port d'une ceinture, un régime particulier, l'usage régulier de moyens laxatifs, tels sont les trois points fondamentaux auxquels, en pratique, se trouve ramenée l'étude des grandes indications de la thérapeutique de la déséquilibration abdominale.

Nous allons étudier ces trois points avec le développement que comporte leur valeur clinique.

CHAPITRE PREMIER

CEINTURE

La ceinture répond à l'indication de rétablir l'équilibre abdominal, en faisant à la fois l'office de *soutien* et de *releveur* des organes splanchniques.

Mode d'action de la ceinture. — Il ne faut pas perdre de vue ce double but : *soutenir* et *relever* le

1. Tuffier, *Chirurgie rénale. Résultats de 58 opérations pratiquées sur le rein.* (*Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie*, 24 déc. 1892).

ventre. C'est en envisageant ce double mode d'action, qu'il faut apprécier la valeur de tous les appareils contentifs proposés pour rétablir l'équilibre abdominal.

L'appareil contentif qui ne fait que serrer l'abdomen au niveau du mésogastre, comme par exemple la vulgaire ceinture de flanelle, procure un réel soulagement en augmentant la tension abdominale, et en donnant au ventre le point d'appui qui lui manque; mais elle n'enlève qu'une partie des malaises, car elle ne relève nullement les organes splanchniques. Elle agirait d'une façon bien plus efficace, si, au lieu de serrer le mésogastre elle comprimait l'hypogastre, car plus le point d'appui est bas, plus puissant est le moyen de soutien.

Des différents appareils contentifs. — Tous les auteurs qui se sont occupés de la déséquilibration abdominale ont compris le rôle important de la ceinture hypogastrique; chacun s'est à son tour ingénié à trouver un appareil contentif qui remplît les indications de l'entéroptose, et fût en même temps bien accepté des malades. C'est ce qui explique la variété des appareils contentifs qui ont été proposés.

Sangle pelvienne de Glénard. — Glénard a inventé et, aussitôt trouvé, mis de suite dans le domaine public l'originale ceinture qui porte son nom.

Elle se distingue de toutes celles qui ont été préconisées avant lui.

1° Par son extrême simplicité;

2° Par la fermeté de son tissu élastique;

3° Par sa forme de sangle, c'est-à-dire de bande plate à axe rectiligne et à bords parallèles;

4° par son mode d'application. Au lieu de passer tout entière au-dessus des hanches, comme presque toutes les ceintures, la sangle de Glénard les embrasse largement et prend sur elles leur point d'appui. C'est pour bien indiquer cette application de l'appareil contentif sur le bassin, que l'auteur a proposé la dénomination de *sangle pelvienne*.

Le modèle de ceinture de Glénard est applicable à la généralité des cas, « et en particulier aux ventres maigres et excavés qu'on rencontre si fréquemment dans l'entéroptose, et où l'indication, si difficile à remplir, est encore plus urgente que dans les ventres proéminents ». Elle se compose d'une bande droite de tissu élastique de 14 centimètres de large et de 68 à 76 centimètres de long qui se termine en arrière d'une part par trois bandelettes de tissu non élastique de 4 centimètres et demi de large, et, de l'autre, par trois boucles.

La sangle doit être appliquée juste au-dessus du pubis et assez bas pour qu'après avoir contourné la région pelvi-trochantérienne, son bord supérieur ne dépasse pas la crête iliaque de plus de deux travers de doigt[1].

« Chaque bandelette, dit Glénard, est bouclée isolément sur le malade, en commençant par l'inférieure, et la constriction sera poussée jusqu'à la limite d'élasticité du tissu. Cette constriction est très généralement différente pour les trois bandelettes, et, c'est là, à côté de sa *forme plane et à bords parallèles*, un des traits les plus caractéristiques, en même temps qu'une puissante cause d'efficacité de la sangle pelvienne, que cette *indépendance de constriction* de ses bords supérieur et inférieur.

1. Le bord supérieur de la sangle doit dépasser l'épine et la

« Pour assurer la fixité de la sangle dans la zone où on l'a placée, il est indispensable de la retenir à l'aide de *sous-cuisses*; ceux-ci, formés de tubes de caoutchouc, rendus inextensibles par une cordelette intérieure, seront fixés : en avant, au niveau des anneaux inguinaux, à 10 cent. l'un de l'autre; en arrière, par une patte terminale, à une petite boucle fixée, pour la recevoir, à chaque extrémité de la ceinture, en un point tel que ces boucles se trouvent, une fois la ceinture serrée, de chaque côté du sacrum, à 15 cent. l'une de l'autre, au niveau du méplat rétro-trochantérien [1] ».

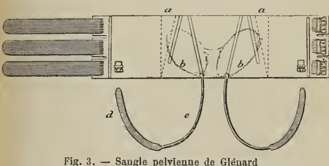


Fig. 3. — Sangle pelvienne de Glénard

a. Siège et forme du pli à faire de chaque côté, si la sangle ne s'adapte pas bien; *b.* — pelotes; — *c.* sous cuisses; — *d.* bande de tissu non élastique; — *c.* tube de caoutchouc (dont l'élasticité est limitée par une cordelelette intérieure) non élastique.

La sangle pelvienne à laquelle Glénard a attaché son nom (fig. 3), et à laquelle il ajoute, suivant les indications, une ou deux pelotes latérales au ni-

crête iliaques, afin que, ce rebord osseux servant de poulie de renvoi, l'action de relever l'hypogastre soit ainsi combinée avec l'action compressive de la sangle.

1. Glénard. *Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose*, p. 17 et suiv.

veau d'un ou des deux flancs, ou une pelote semi-lunaire au-dessus du pubis, cette sangle, dis-je, répond parfaitement à la double indication de soutenir et de relever le ventre.

Cependant le médecin de Lyon, lui-même, n'est satisfait ni de la façon dont les bandagistes fabriquent souvent la ceinture, ni de l'indifférence apportée par les médecins à la vérifier, à la modifier, s'il le faut, à l'individualiser, sans négliger les indications auxquelles elle répond.

De fait, dans la pratique, elle est habituellement mal façonnée. Je sais un bandagiste qui, naïvement, me disait avoir fait des sangles au moins pour dix malades; il ajoutait que jamais une cliente n'avait pu la supporter. Quand il me fit cet aveu, j'en avais déjà commandé une; éclairé par ce renseignement, je la décommandai le lendemain. Bien m'en prit, car il employait un tissu dur, presque inextensible qui rendait la sangle absolument intolérable.

Quelques bandagistes de ce genre suffisent pour compromettre la réputation d'une ceinture, et nombre de praticiens en ont souvent rencontré.

D'autre part, même quand la sangle est bien faite, les malades trop maigres ou trop gras ont souvent, du moins les premiers jours, du mal à la supporter. Les épines, et mêmes les crêtes iliaques, souffrent de ce rôle de poulie de renvoi qui leur est dévolu. La compression fatigue et énerve les malades, au point que si le bénéfice immédiat de la contention n'est pas tel qu'il prime tous les inconvénients, elles renoncent à la ceinture, malgré tous les bons effets qu'elles attendent de son emploi.

Il y a parfois, dans cet état psychique que développe la ceinture, une pierre d'achoppement, un écueil pour les premiers jours d'un traitement qui

pourra être long et difficile, et où la fermeté nécessaire au médecin se heurte à des difficultés que la mollesse de caractère d'une malade l'empêche parfois de surmonter.

C'est une observation vécue que je fais là sur la sangle pelvienne. Je la retrouve sous la plume de Poltowicz qui dit avec raison, qu'il faut avoir soin d'*habituer* le malade au port de la sangle, comme c'est souvent nécessaire pour certains bandages herniaires, en même temps qu'il faut en surveiller l'usage.

« A plusieurs reprises, ajoute-t-il, M. le professeur Roux a vu des malades qui s'étaient procuré la sangle de Glénard et n'en avaient retiré aucun bénéfice. Il lui a suffi de la placer au bon endroit ou de la faire porter d'abord une demi-heure, puis une ou deux heures pour que la malade pût la bien supporter au bout d'une semaine et en être satisfait [1]. »

Nous partageons tout à fait la manière de voir du professeur de Lausanne, mais il est juste d'ajouter que, le plus souvent, la sangle est immédiatement appréciée et bien supportée. Il faut tenir compte également, à la décharge de la sangle, des cas dans lesquels elle est mal supportée, parce qu'elle n'était pas indiquée, qu'il y avait erreur de diagnostic. Cette erreur, d'après Glénard, peut être commise dans dix pour cent des cas.

Ceinture anti-entéroptosique. — Après avoir mis à l'épreuve nombre de modèles, je me suis arrêté au suivant qui présente les caractères distinctifs de la sangle de Glénard en ce sens, que la ceinture est plate, à bords parallèles, et embrasse les hanches.

1. Poltowicz, *loc. cit.*, p. 433.

La ceinture « anti-entéroptosique » se compose :

1° Dans sa *portion antérieure* ou hypogastrique, de quatre bandes de tissu élastique de 3 centimètres et demi de largeur, ajustées les unes à côté des autres, et reliées entre elles par trois baleines très flexibles, et d'une pelote semi-lunaire bien souvent nécessaire chez les entéroptosés.

2° *Sur les côtés*, au niveau où la ceinture contourne les hanches, les quatre bandes s'unissent à une bande élastique unique, large de 8 centimètres, et un coussin protège les crêtes iliaques.

3° *En arrière*, la ceinture se termine d'un côté par deux bandelettes de tissu élastique, et de l'autre par deux boucles. Des jarretelles sont souvent nécessaires. Comme la sangle pelvienne, la ceinture se place juste au-dessus du pubis, se porte bien serrée et se serre en commençant par la boucle inférieure; elle s'applique directement sur la peau.

a. J'ai donné ma préférence à cette ceinture, parce qu'elle est facilement acceptée des malades et permet de se passer des sous-cuisses toujours gênants.

b. L'élasticité et l'indépendance des bandes qui constituent sa portion hypogastrique fait que la ceinture constitue une paroi abdominale artificielle qui soutient parfaitement les viscères dans la position assise comme dans la position verticale.

c. Enfin cette ceinture serre le ventre très bas, soutient vraiment l'hypogastre et le relève dans une certaine mesure, quoique moins bien que la sangle de Glénard. Avec les jarretelles elle ne remonte pas.

Des ceintures en général. — Les considérations qui précèdent nous font voir qu'il est inutile d'étendre la description des appareils auxquels se sont attachés des noms d'innovateurs plus ou moins heu-

reux, et établissent en principe que *toutes les ceintures hypogastriques sont bonnes, à condition de remplir les indications auxquelles répond la sangle pelvienne.*

C'est cette pensée qu'exprime le professeur Trastour lorsqu'il résume et simplifie en ces termes la question de la ceinture :

« Dans la pratique, les moyens de contention doivent nécessairement varier.

« Chez tel sujet, on arrive du premier coup au résultat désiré par les procédés les plus simples, une bande ou une ceinture de tissu de laine, de soie ou de coton ; une bande élastique, ferme ou légère, parfois souple et mince comme les bas à varices, plus souvent renforcée par quelques baleines. Chez tel autre sujet, il faut multiplier les essais, varier et combiner les moyens. Les coussins, en peau de chamois, bourrés de laine et de crin, me rendent souvent plus de services que l'ouate et le coton pour soutenir certains ventres. Beaucoup de malades peuvent se passer, au lit, de tout moyen contentif pour leur ventre, à la condition de mettre la ceinture, le matin, avant de mettre le pied par terre.

« Mais, chez d'autres, le ventre doit être soutenu et maintenu, même au lit ; sinon, en se tournant d'un côté sur l'autre, les viscères abdominaux ballottent *comme des noix dans un sac*. Dans ce cas, j'ai conseillé, souvent avec avantage, une ceinture de laine, élastique, à côtes, tricotée ou fabriquée, ou bien un petit caleçon de bain, comme on en use dans les écoles de natation.

« Ainsi que l'a indiqué Glénard, la ceinture doit toujours être placée *très bas*, au-dessous de la crête iliaque ; elle doit être *à axe rectiligne et non oblique*. Pour l'empêcher de remonter dans les mouve-

ments du corps, les sous-cuisses sont utiles mais souvent gênants. On les remplace, au besoin, par des liens fixés à des boutons sur la ceinture, et allant aux bas[1]. »

Dans ces lignes, Trastour vise non seulement les déséquilibrés du ventre par entéroptose, mais les malades atteints de dilatation gastro-colique. Les premiers sont habituellement des sujets sans ventre, les seconds sont au contraire des gros ventres. Dans cette dernière catégorie l'application d'une ceinture est facile, mais il n'en est pas de même dans la première.

Aussi, bien qu'en principe l'idée soit juste, je ne saurais donner le conseil de suivre l'éminent praticien dans la voie difficile où il nous engage.

Chez les sujets maigres les tâtonnements sont inévitables :

Ces tâtonnements à la recherche d'un appareil contentif ne sont pas de nature à plaire au grand nombre des praticiens.

Ils ne sont pas faits davantage pour plaire aux femmes qui ne comprennent pas que les résultats se fassent attendre, et préfèrent le plus souvent faire le sacrifice de l'acquisition d'une ceinture.

Ces appareils eux-mêmes laissent à désirer ; ils ne soutiennent pas le ventre aussi bien qu'on est porté à la croire. Quand ils ne sont pas fixés en bas, soit par des sous-cuisses, soit par des jaretelles, ils remontent au-dessus des crêtes iliaques et ne soutiennent plus du tout l'hypogastre. Le fait arrive souvent. On ne saurait croire le nombre de mauvaises ceintures débitées sur la foi de bandagistes incapables, ou prescrites sans contrôle par le médecin qu'on

1. Trastour, 2e étude.

trouve dans le monde des femmes qui souffrent du ventre. Maintenant que mon attention est portée de ce côté chaque fois que je rencontre une ceinture, dans ma clientèle, je l'examine. Le plus souvent, le tissu manque d'élasticité, et la ceinture, découpée à l'endroit des hanches, descend jusqu'au pubis. Appliquée, elle est mise sans sous-cuisses et remonte. Quand vous la prenez en mains et la tendez, vous voyez que la portion médiane, destinée à soutenir l'hypogastre, reste lâche et se creuse à la traction ; la ceinture n'agit qu'en serrant le mésogastre et nullement l'hypogastre.

Cette constriction produit, ce n'est pas douteux, un réel soulagement, et c'est pourquoi la plus mauvaise ceinture fait du bien. Même dans l'entéroptose elle soulage, je le dis par expérience. J'ai vu des malades soulagées par une méchante ceinture de flanelle, mais elle ne produit pas, à beaucoup près, l'effet d'un bon appareil contentif qui est de soutenir l'hypogastre et de relever le ventre le plus possible. C'est pourquoi j'insiste sur la nécessité d'une bonne ceinture hypogastrique.

Dernièrement encore, j'avais une preuve frappante du bien fondé de cette conviction :

J'avais conseillé à une déséquilibrée du ventre le port d'une ceinture. Le mari, tapissier, jugeant que ses aptitudes professionnelles le désignaient tout naturellement pour exécuter ma prescription, offre ses services. J'accepte et lui laisse ma ceinture pour modèle. A ma visite suivante, je trouve la femme franchement soulagée par la ceinture. Je me donne la peine d'examiner l'œuvre du mari. C'était un grotesque appareil qui recouvrait mais ne soutenait nullement l'hypogastre et soulageait en serrant simplement le mésogastre et les reins.

Le soulagement était pourtant réel. J'essaie alors une autre ceinture que j'avais apportée, et je conseille à la malade de la conserver jusqu'au soir. Le lendemain ma cliente me disait : « Avec votre ceinture, c'est tout autre chose. Je me sens bien mieux et suis bien plus soulagée. » Et elle me demanda à ne plus la quitter.

Surveillance de la ceinture. — Il ne faut pas se contenter de prescrire une ceinture, il faut se donner la peine de l'examiner.

« C'est, dit Glénard, le médecin lui-même qui doit vérifier si la ceinture est bien conforme au modèle qu'il a ordonné, c'est lui qui doit la placer la première fois, et, plus tard, s'assurer qu'elle remplit toujours convenablement l'indication.

« Le critérium se trouve dans ce fait que si, au moyen des mains, l'on soumet à l' « épreuve de la sangle » un malade muni de sa ceinture, la contre-épreuve ne s'accompagne d'aucun malaise, lorsque la ceinture est bien placée et suffisamment serrée [1]. »

Souvent les premières fois, il est quelque point qui laisse à désirer. Dans le but de répartir la pression également sur tous les points, il faut ajouter une, parfois deux pelotes, au niveau des flancs, faire mettre un coussin semi-lunaire au-dessus du pubis, conseiller un peu d'ouate à l'endroit où la ceinture fatigue. Souvent il faut faire prendre patience à la malade, lui dire qu'une ceinture est un peu comme un corset, qu'il faut la briser avant de s'y habituer.

Si l'indication a été bien posée, l'accoutumance se fait parfois de suite, elle se fait, d'après Glénard,

1. Glénard, *loc. cit.*, p. 19.

attendre au maximum trois jours. Souvent pourtant il m'a fallu un peu plus de temps avec la sangle pelvienne qui est mal tolérée dans les premiers jours. J'ai dû, comme le professeur Roux et comme d'ailleurs je l'ai vu faire par Glénard lui-même, faire porter la ceinture d'abord une demi-heure, puis une ou deux heures pour qu'elle fût bien supportée au bout de huit jours.

C'est un inconvénient qui est un peu particulier à la sangle pelvienne, mais il est secondaire en comparaison de ses avantages quand elle est bien indiquée.

A partir du moment où l'accoutumance est faite, la malade ne songe pas plus à se plaindre de cette servitude, qu'un myope ne se plaint de l'usage de ses lunettes.

« Aussi, quand une fois la ceinture a été adoptée, les malades, comme le dit Trastour, ne veulent et ne peuvent plus s'en passer.

« Néanmoins j'ai vu des malades qui, après un usage plus ou moins long de la ceinture, ont put, sans inconvénient, l'abandonner. Grâce au rétablissement des fonctions digestives et de la nutrition, l'embonpoint était revenu, les coussinets graisseux s'étaient refaits dans l'abdomen, la paroi s'était raffermie, ou bien il s'était produit quelque « compensation » (Glénard).

« Plus souvent, on observe qu'après un succès prolongé, la ceinture s'usant ou se relachant, les malaises, dus à la déséquilibration abdominale, se reproduisent. Ainsi, chez une dame tourmentée depuis bien des années, par des migraines incessantes, la ceinture les supprima d'emblée pendant sept mois consécutifs. La ceinture ne remplissant plus sont but, les migraines et les autres malaises

recommencèrent. Le défaut constaté, le remède fut facile à trouver (Trastour). »

Ces défaillances de la ceinture se retrouvent assez souvent dans la pratique ; je les ai maintes fois constatées. Aussi, chaque fois qu'il se produit un changement fâcheux dans l'état de la malade, il faut, par vous-même, vous rendre compte de l'adaptation de la ceinture, et voir si vous ne trouvez pas de ce côté l'explication d'une aggravation ou d'une rechute.

La ceinture est, en effet, d'un besoin si urgent qu'elle est le premier élément thérapeutique auquel il faille songer dans le traitement de la maladie, comme, au moment de la guérison, il est le dernier qu'il faille songer à supprimer. Elle doit en moyenne être renouvelée tous les ans.

Son application est de tous les instants. Souvent même, il faut la garder la nuit. Quand on l'enlève pour dormir, il faut avoir la précaution de la mettre le matin en étant encore au lit. La position horizontale a mis les organes dans un état de statique qu'il faut s'appliquer à maintenir, et, que la position verticale sans ceinture détruirait instantanément.

CHAPITRE II

RÉGIME

Du régime spécial à l'entéroptose. — L'entéroptosé peut se dire à priori que, « c'est une ennuyeuse maladie que de conserver sa santé par un trop grand régime. » Mais, en voyant les résultats obtenus, le bien être éprouvé, il est le premier à

reconnaître ensuite que « toute voie qui nous menerait à la guérison ne saurait se dire ni âpre, ni chère. » (Montaigne).

La maladie de Glénard comporte un régime si précis que l'entéroptosé, au début, peut manger telle série d'aliments, à la période d'état telle autre, et qu'à la période neurasthénique il doit se priver de tels et tels aliments.

Chaque période a sa carte culinaire ; tout malade qui s'en éloigne, est certain de payer douloureusement les frais de son écart de régime.

Cette règle est tellement absolue, que Glénard n'hésite pas à proclamer les *aphorismes* suivants :

L'échelle de digestibilité « subjective » des aliments est la même pour tous les malades atteints d'entéroptose.

Par « digestibilité subjective » l'auteur entend l'aptitude des aliments à être digérés par le malade, constatée d'après ses sensations personnelles, d'après sa propre expérience, et non, d'après des épreuves de chimie ou de laboratoire.

Cette simple observation nous montre la haute valeur pratique de cette graduation, de cette échelle de digestibilité des aliments. Bien plus, cette graduation est tellement régulière, que la série des aliments qui composent le régime suffit à indiquer la période de la maladie à laquelle le malade est arrivé.

C'est cette pensée que Glénard développe dans cet autre *aphorisme* :

« *L'échelle de digestibilité subjective des aliments est assez caractéristique pour constituer un signe diagnostique de l'entéroptose, et les divisions de cette échelle assez tranchées pour permettre la distinction des périodes de la maladie.* »

Cette liste graduée des aliments si importante à connaître, Glénard l'a établie d'après sa vaste expérience.

Elle est faite de la façon suivante :

« Elle va de l'aliment le mieux digéré, la viande crue, jusqu'au plus indigeste, le lait cru, de telle sorte que chacun de ceux qui sont mentionnés est mieux digéré que celui qui le suit, moins bien que celui qui le précède.

« La digestibilité d'un des aliments quelconques de cette liste implique la digestibilité de ceux qui le précèdent; s'il est indigeste, ceux inscrits à la suite le seront *a fortiori*. Les divisions de l'échelle indiquent le « menu » qui convient à chaque période. »

Nous reproduisons la liste graduée des aliments sous la forme de tableau que Glénard lui a donnée.

Échelle de digestibilité subjective des aliments dans l'entéroptose

- 1re période (*gastrique*). Atonie gastrique par entéroptose.
  - 2e période (*mésogastrique*). Gastroptose.
    - 3e période (*neurasthénique.*) Entérosténose.
      - *a*) Viande crue (bœuf, mouton, œufs crus, pain rassis, café au lait (1/3 lait, 2/3 infus, café), café, thé, eau, eau aiguisée de cognac, vin de champagne (?)
      - *b*) Viande grillée (rosbif, gigot, côtelettes mouton, filet), œufs à la coque, bouillon, confitures (?)
    - Viande rôtie (bœuf, mouton, veau, poulet), jambon maigre, poisson, sole, raie, merlau, truite, loup, œufs brouillés, légumes verts trés cuits accommodés à l'anglaise, fromages faits à poiut (brie, camembert, mont-d'or), pommes cuites, confitures, compotes, chocolat, biére, cidre (?), vin blanc (?)
  - *a*) Viande bouillie, gibier rôti non faisandé, pigeons, cervelles, purée de légumes farineux (lentilles, pommes de terre), riz, carottes, raisins, fruits très mûrs. œufs sur le plat, huîtres, foie gras, fromage de Gex, de Gruyére. Vin rouge trés étendu d'eau.

[?] (*b*) Sauces, jus, graisses, fritures, pâtes d'Italie, salade, vin rouge pur, crêmes, laitages, lait bouilli pur, lait cru.

Détail remarquable, cette liste graduée des aliments a les plus grands rapports, à part la digestibilité du lait, avec l'échelle digestive de Leube faite d'après des travaux de chimie et de physiologie. Glénard déclare cependant l'avoir dressée sans idée théorique, sans même avoir connaissance de ce qui a été appelé la carte culinaire de Leube.

Il y a bien là une preuve que les aliments qui font le plus souffrir les dyspeptiques sont ceux qui font le plus long séjour dans l'estomac.

Glénard fait suivre l'échelle de digestibilité de quelques explications complémentaires.

« Le point d'interrogation, qui précède les derniers aliments énumérés, indique, si ces aliments sont bien tolérés, qu'il ne s'agit pas d'une entéroptose, ou qu'elle est guérie à la suite du traitement institué, ou bien, si la maladie de l'entéroptose est tout à fait à son début, que l'on a méconnu la relation qui existe entre les malaises et le genre d'alimentation.

« Ce point d'interrogation, prouve que ce sont les premiers aliments dont le malade doit se méfier, s'il appréhende une rechute, ou s'il éprouve un malaise quelconque à deux heures du matin ou à trois heures du soir.

« Il résulte de ce tableau sommaire et qui est vrai, en dépit parfois de contradictions qui ne sont qu'apparentes, il résulte que la viande rôtie, les œufs à la coque, l'eau sont la base de l'alimentation dans l'entéroptose ; on remarquera que le veau, le poulet, les huîtres, les cervelles, sont d'une digestibilité bien moindre qu'on ne le juge communément, au moins pour cette maladie.

« Les *légumes* sont d'une digestibilité médiocre. J'ai toujours remarqué que dans la période neuras-

thénique, ils *aggravent la constipation*. Ils doivent être très cuits, accommodés au beurre très frais. »

« On doit sévèrement proscrire certains poissons tels que le saumon, l'anguille, le maquereau, la morue, le hareng, avec leurs sauces acolytes, hollandaise ou autre. Les gibiers faisandés, les civets, les salmis; la charcuterie (sauf le jambon maigre non fumé,) les boudins, les pâtés froids, les radis, etc., doivent être redoutés. Les *coliques* (sous-hépatiques) de deux heures du matin, les *diarrhées cholériformes* que j'ai eu à combattre chez mes entéroptosiques avaient le plus souvent un de ces mets pour point de départ. Je conseille à l'entéroptosique de toujours s'en priver, même quand il est guéri, tant qu'il ne peut pas se passer de sa ceinture ou des laxatifs quotidiens[1]. »

Susceptibilités individuelles. — La pratique ferait assez souvent voir des exceptions à la table de digestibilité de Glénard, si nous ne signalions une source d'erreurs d'interprétation.

Même à l'état normal, il est certains aliments qui amènent des troubles du côté du système digestif. L'exemple de la fraise qui produit des troubles digestifs et une poussée d'urticaire, celui des effets laxatifs du café au lait, sont également bien connus.

Ces susceptibilités particulières de l'estomac et de l'intestin qu'on rencontre à l'état normal, se retrouvent plus fréquentes et plus accentuées, lorsque les voies digestives sont en souffrance, lorsque surtout, leur mauvais fonctionnement est lié à une tare hépatique ou nerveuse.

Lorsqu'elles existent, l'échelle de digestibilité

1. Glénard, *loc. cit.*

paraît être en défaut, tandis qu'en réalité, ce sont des dispositions particulières de l'organisme qu'il faut accuser.

Le fait s'est présenté dans ma clientèle pour le café noir et le vin de champagne ; je l'ai interprêté de cette façon. L'interrogatoire a confirmé mon interprétation en m'apprenant que cette susceptibilité était (ce qui pourrait ne pas être la règle) antérieure à l'entéroptose.

J'ai fait la même observation pour le chocolat même préparé à l'eau, et pour certains fromages réputés facilement digestibles. D'autre part, j'ai vu des aliments, habituellement absorbés sans malaises, être péniblement digérés chaque fois qu'ils étaient aromatisés au citron. Cette influence des arômes ne doit pas être perdue de vue.

Il n'est pas douteux que, dans la pratique, ces susceptibilités individuelles, que nos pères appelaient des « diosyncrasies » et que Glénard est plutôt disposé à considérer comme l'indice de variétés morbides, ne se retrouvent de loin en loin.

C'est ainsi qu'il faut, à notre avis, comprendre bon nombres des rares violations du tableau de digestibilité subjective de Glénard, que l'on rencontre dans la clientèle journalière.

Boissons. — L'échelle de digestibilité subjective indique quelles sont les boissons qui conviennent plus particulièrement à chaque forme de l'entéroptose.

Je recommande avec instance l'usage journalier de la *bière*. C'est une boisson nourrissante, agréable, très peu riche en alcool ; elle convient particulièrement bien aux dyspeptiques, à la double condition toutefois qu'elle soit jeune et naturelle.

Dès que la bière a subi un commencement de

fermentation secondaire, en acquérant un peu d'acidité, elle devient indigeste — Il en est de même de la bière qu'on laisse fermenter en bouteilles.

Il faut souvent essayer plusieurs bières, je devrais dire, plusieurs fournisseurs, avant de trouver une bière facilement digestible. L'explication de ce fait relève des mystères de la brasserie.

Si le malade ne peut se procurer de bonne bière, l'eau pure, ou, une infusion théiforme quelconque, à laquelle il s'habituera en quelque jours, sont les meilleures boissons qu'on puisse conseiller. L'alcool, le vin surtout, conviennent peu à l'entéroptose.

Le *vin rouge* est d'une indigestibilité redoutable ; même dès le début de la maladie il ne peut être pris que très étendu d'eau,

C'est précisément à cette période de l'entéroptose qu'il fait souvent le plus de mal. Les malades, et, souvent les médecins, veulent à tout prix combattre la faiblesse d'estomac, tonifier l'organisme, et, ils usent, ou recommandent d'user largement du vin au moment des repas, ils prennent ou font prendre une heure avant le dîner un verre de vin généreux ou de quinquina. Il faut signaler ces errements, non seulement pour les combattre, mais, pour qu'ils donnent l'éveil, et soient à l'occasion une lumière, lorsqu'on en a constaté les mauvais effets.

Comme le dit Glénard, le traitement par les vins toniques est absolument contre-indiqué dans l'entéroptose ; non seulement il n'est pas utile, mais il est nuisible, il affaiblit les malades.

Quant à la question *du lait*, nous l'avons déjà vue ; laitages, crêmes, lait pur sont, d'une indiscutable indigestibilité, et en faisant le diagnostic de l'entéroptose et de la dilatation d'estomac, nous avons traité ce sujet.

Dans la pratique, nombre d'entéroptosés ont un régime très large qui contraste avec les exigence du traitement diététique que nous venons d'exposer.

Le fait est que, parmi les différents types sous lesquels la maladie de Glénard se présente dans la pratique, il en est certainement beaucoup qui restent à la première période et, par conséquent, suivent un régime qui ne comporte ni les privations ni les exigences d'une entéroptose grave.

Les exemples de ce genre sont particulièrement fréquents dans les formes asthénique et névropathique de la maladie de Glénard.

Fréquence des repas. — Le régime ne consiste pas seulement dans le choix des aliments et des boissons.

Il comprend encore la réglementation du nombre des repas et la composition de chacun d'eux.

Glénard veut les repas *fréquents.* Il se base sur ce principe qu'il a déduit de l'observation de ses malades, que, dans l'atonie gastrique légère ou grave, il faut, par l'excitant naturel, l'aliment, plus souvent solliciter l'activité de l'estomac paresseux, et, non pas, comme le prétend Bouveret, après Bouchard, rechercher un repos et éviter la congestion physiologique du travail digestif.

Faisant de ce principe la base de son régime alimentaire, Glénard conseille un petit repas supplémentaire, comme stimulant de l'estomac, trois heures après un repas principal, pour mener à bonne fin la digestion du premier repas. C'est ainsi que je l'ai vu dans sa pratique, prescrire dans un cas grave jusqu'à cinq repas par jour. A son lever le malade prenait un œuf, une biscotte, une tasse de thé. Vers dix heures elle absorbait

100 grammes de viande crue. A midi, elle prenait son repas principal, vers quatre heures une ou deux biscottes ou des toasts, et à sept heures, elle faisait encore un repas sérieux.

Nous ne saurions trop appuyer cette manière de voir et de faire. Il vaut, à notre avis, beaucoup mieux multiplier les repas, c'est-à-dire aider l'estomac par l'excitation toute physiologique que produit un repas supplémentaire, que de le fatiguer et de le faire souffrir, en laissant se développer ces fermentations secondaires et putrides nuisibles à la fois à l'estomac lui-même, à l'organisme tout entier et particulièrement encore aux émonctoires qui doivent éliminer les toxines et autres produits de fermentation.

Composition des repas. — Tandis que Bouchard et Bouveret règlent la composition des repas, le premier dans la gastrectasie et le second dans l'atonie gastrique « de façon à réduire au minimum la congestion physiologique de la muqueuse stomacale sous l'influence de la digestion », Glénard au contraire s'applique à la produire. Il recherche cet acte physiologique, met à profit cet effort de la *nature médicatrice* d'ordinaire si en honneur sous le nom d'expectation; il s'applique à le seconder, en prescrivant des aliments, dont la digestion s'opère dans l'estomac, et, qui, par conséquent, excitent plus que tout autre la congestion physiologique du travail digestif[1].

C'est, ce principe, ou plutôt l'harmonie qui existe entre son expérience et l'interprétation des résultats acquis, qui lui fait ranger, en tête de son échelle de digestibilité, la viande et les œufs

1. N'oublions pas que les malades de Glénard vont à la garde-robe tous les jours et prennent chaque jour un léger laxatif, qu'ils soient constipés ou diarrhéiques, (paradoxaux).

crus, et en dernière ligne les laitages et le lait cru.

Toute son échelle de digestibilité n'est pas autre chose que la gamme descendante du degré de stimulation des aliments sur la muqueuse digestive.

Ces deux principes posés, conformément à l'observation et non d'après une théorie préconçu, la réglementation de l'alimentation qui s'en dégage, est chose facile.

Les précautions hygiéniques, qui doivent accompagner tout repas se réduisent toujours aux grands préceptes : manger lentement, comme Néron, *vir lentis maxillis*.

Laisser, dans la mesure du possible, tout souci des affaires et toute préoccupation au moment du repas.

Faire l'antisepsie, ou, au moins, le lavage de la bouche après chaque repas.

On ne peut insister sur ces précautions trop connues. Une précaution excellente dans toute dyspepsie c'est le repos quelques instants avant le repas. Elle est particulièrement recommandable dans la déséquilibration abdominale, où l'on comprend qu'elle soit plus indiquée. Glénard va dans les cas graves jusqu'à conseiller de garder la position horizontale durant vingt cinq minutes avant les deux principaux repas.

Choix des aliments. — Le choix des aliments est, d'une façon générale, indiqué par le diagnostic. La période d'entéroptose que vous avez reconnue, vous indique la série d'aliments que vous pouvez employer, fixe en quelque sorte le menu qui convient au sujet, et évite force tâtonnements.

En arrêtant ce choix, ne fixez pas de quantité, en d'autres termes; n'empêchez pas votre malade

de manger; respectez son appétit en vous rappelant que ce sont les repas copieux qui habituellement se digèrent le mieux.

Comme le dit justement Glénard, c'est sur la *qualité* et non sur la *quantité* des aliments que doit porter la rigueur des prescriptions.

Dans les cas les plus graves, le minimum par jour de 150 grammes de viande crue rapée, trois œufs crus, 200 grammes de pain rassis, doit être obtenu, d'après Glénard.

Dans la troisième période ou période neurasthénique chez les malades que Bouchard et ses élèves mettent presque toujours à la diète lactée exclusive, Glénard exige quatre repas par jour à savoir: petit déjeuner de café au lait (1/3 de lait) et un œuf, dans le lit; déjeuner de viande et œuf à 10 heures 1/2, gouter au thé au lait et pain grillé à 2 heures 1/2; diner avec viande et œuf à 5 heures 1/2; boisson d'eau alcaline.

Et le résultat de ce régime est si immédiat, si péremptoire, qu'en général, dès le milieu ou la fin de la première semaine, on peut commencer à descendre l'échelle de digestibilité, et la viande grillée et les œufs à la coque sont substitués à la viande crue et aux œufs crus.

Cette diète carnée à peine mitigée n'est indiquée que dans les cas graves et d'une façon transitoire; comme la diète lactée dans d'autres affections des voies digestives, elle fait maigrir, elle a des inconvénients, mais, elle est le seul régime qui donne des résultats.

A mesure que le mieux se fait sentir, ou, lorsque la maladie est à une période moins avancée, le régime devient mixte et varié dans la plus large mesure possible.

L'échelle de digestibilité en indique toutes les ressources.

D'une façon générale le premier déjeuner qui convient le mieux est le thé ou le café au lait [1]. Il se prend avec du pain rassis ou mieux des biscottes et un ou deux œufs crus.

Souvent ce repas suffit pour combattre la faiblesse si pénible du lever. On a avantage à le prendre au lit. Quand l'état du malade l'exige, on prescrit vers 10 heures un peu de viande crue dont l'effet stimulant et tonique est remarquable.

Au repas de midi, comme à celui du soir, le malade peut prendre du bouillon, et boire, sans trop s'inquiéter de la quantité de liquide qu'il absorbe. Le poisson, des œufs, de la viande, des légumes en purée, des biscuits anglais lui sont le plus souvent permis, et en tout cas sont donnés en tenant compte de la période de l'entéroptose à laquelle il est arrivé.

D'une façon générale le régime présente assez de variété pour ne pas amener d'inappétence.

Dans la composition de son menu de chaque jour, il est toutefois plusieurs points sur lesquels le malade doit se surveiller.

Il doit être difficile pour son pain qui sera riche en croûtes, bien cuit, bien rassis et, même mieux, grillé.

1. Le lait, dit Glénard, n'est ajouté ici, soit au café, soit à l'infusion de thé, que pour en rendre le goût plus agréable. Sa grande dilution pallie son indigestibilité. Les femmes sont toujours heureuses qu'on leur rende leur café au lait le matin « leur meilleur repas », disent-elles. Ce n'est pas que le café au lait ait des vertus particulières, mais, sauf de rares exceptions, c'est le petit déjeuner (le plus simple à préparer), le moins indigeste, bien moins indigeste, dans l'entéroptose neurasthénique, que les soupes ou le chocolat.

Il doit se défier des différentes façons dont sont accommodés les mets : les sauces sont ses ennemies ; c'est leur indigestibilité qui a fait dire que : Dieu nous a donné la viande et le diable les cuisinières.

Qu'il ait la même méfiance à l'endroit des arômes.

Chaque fois qu'il sent son estomac, il doit, quand il n'a pas conscience d'un écart de régime, en chercher le pourquoi.

Rien n'est instructif et suggestif comme cet examen rétrospectif de ses digestions laborieuses. Cela éclaire le malade sur ses susceptibilités particulières, et lui montre en même temps ce que les prescriptions alimentaires ont d'impérieux et de bien fondé.

Cet exameu minutieux recommandé à mes malades, m'a expliqué comment ils pouvaient parfois enfreindre impunément l'échelle de digestibilité des aliments, et comment ce fait se produisait surtout dans les repas copieux.

Lorsque les malades prennent un mets trop peu digestible pour leur estomac et que ce mets est suivi de l'absorption d'un aliment facilement digestible, en d'autres termes très stimulant de l'estomac, le premier mets est digéré à la faveur du deuxième.

C'est ainsi, par exemple, que souvent j'ai conseillé à une malade des œufs sur le plat, qui se digéraient parfaitement lorsqu'ils étaient suivis d'une tranche de rosbif; si au contraire, elle mangeait après ce premier plat du veau ou du poulet beaucoup moins stimulants, la digestion était laborieuse.

Ce fait qui explique l'indigestibilité des dîners

maigres, dont les aliments sont trop peu stimulants, je l'ai souvent mis à profit dans ma pratique ; je permets un extra, en d'autres termes un écart de régime, à condition de prendre au même repas, un morceau de viande rouge rôtie bien chaude.

Je dis chaude, parce que j'ai remarqué que les viandes chaudes, également à cause de leurs effets plus stimulants sur l'estomac, se digèrent mieux que les viandes froides.

Même lorsque le malade en voie de guérison est depuis quelque temps arrivé à la première période, il doit être tenu compte de ce fait.

A cette phase de la maladie, j'ai souvent observé des troubles digestifs uniquemement dus à ce que le repas se composait de viande bouillie, puis de viande blanche.

Les deux aliments manquent l'un et l'autre d'effets franchement stimulants ; il suffirait de remplacer la viande blanche par de la viande noire rôtie pour éviter le retour d'accidents dyspeptiques.

Voilà la réglementation des trois repas traditionnels avec les détails pratiques qu'elle comporte.

Quand la digestion se fait d'une façon pénible, autant Bouchard est partisan de ne rien laisser prendre entre le midi et le soir, autant je suis partisan et j'ai dit pourquoi, de donner vers quatre heures un petit repas supplémentaire composé d'une tasse de thé et de biscottes

J'ai tenu à donner, d'après Glénard, l'exposé détaillé du régime dans cette affection que, par ses travaux, il a faite sienne, parce que ce régime est, à notre avis, une condition essentielle du traite-

ment, et que les praticiens sont naturellement portés à s'en tenir en matière de régime à leur expérience et à leur initiative personnelles.

Qu'ils le fassent s'ils le jugent à propos. Mais chaque écart se paie soit par une migraine, soit par un redoublement de pesanteur d'estomac, soit par d'autres troubles directs ou reflexes de l'organisme.

Averti, le praticien en connaîtra du moins maintenant la cause, et saura qu'en revenant à une observation plus stricte de la diététique alimentaire, il est certain d'arriver à un résultat.

Il aura cette idée directrice pour établir et conduire le traitement, même s'il veut en faire l'essai et se montrer moins systématique et exclusif.

D'autre part, s'il ne peut faire suivre rigoureusement ce régime, au moins il le guidera dans les écarts qu'il devra tolérer chez les malades, et même dans ces conditions il en retirera encore de précieux services.

CHAPITRE III

LAXATIFS

La constipation est un des caractères fondamentaux de l'entéroptose, et son traitement une des bases du traitement de cette maladie.

Étiologie. — Ses causes sont multiples et se trouvent à la fois dans tous les éléments anatomiques de l'intestin. La constipation est en effet d'origine *muqueuse*, car la muqueuse cesse d'être impressionnée par ses excitants normaux qui sont

les déchets alimentaires, ceux-ci faisant en grande partie défaut par suite du régime spécial à l'entéroptose. Elle est également d'origine *musculeuse* : l'atonie intestinale se développe dans l'entéroptose en même temps que l'atonie gastrique. Malibran admet que ces deux localisations de l'atonie font, d'une façon générale, dans les affections des voies digestives, leur apparition à la même époque[1].

La constipation est encore (le fait n'est pas douteux), d'*origine nerveuse*.

Le terrain névropathique, la débilitation générale, la dépression nerveuse, phénomènes habituels de l'entéroptose, sont autant de preuves de cet élément pathogénique.

La déséquilibration abdominale avec ses changements statiques, le rétrécissement de l'intestin qui est la règle dans ces conditions, sont encore, chez l'entéroptosé, de sérieuses causes de constipation, qui achèvent d'expliquer son caractère rebelle et désespérément opiniâtre.

Cette *étiologie* est, à notre avis, le meilleur moyen d'éclairer le praticien sur la valeur relative des différents moyens de combattre la constipation, et sur l'utilité de l'administration systématique de ces moyens.

Rôle des laxatifs. — Le triple but que remplissent les laxatifs, convainct davantage encore de la nécessité de leur usage régulier.

L'exonération de l'intestin, l'excitation du système digestif, l'antisepsie intestinale et générale, telle est la multiple indication des laxatifs.

L'exonération de l'intestin est une indication im-

1. Malibran, *loc. cit.*, p. 48.

portante dans une affection où l'abaissement des organes splanchniques amène de multiples désordres, et ne tend qu'à s'aggraver sous l'influence de la constipation. Elle est une condition de statique abdominale.

L'excitation du système digestif n'est pas moins nécessaire. L'entéroptose entretient et aggrave l'atonie gastro-intestinale, et, l'insuffisance des fonctions secrétoires se retrouve non seulement dans le tube digestif, mais dans les glandes annexes et particulièrement dans le foie.

Les laxatifs répondent à cette indication.

L'antisepsie intestinale et générale, tel est encore le rôle qu'il faut demander à l'emploi régulier des laxatifs. A l'état normal, le foie déverse dans l'intestin l'antiseptique physiologique, la bile; du même coup il assure, dans une certaine mesure, l'antisepsie générale, parce que la présence de ce produit empêche les fermentations toxiques de se produire, et, il enraie les auto-intoxications à leur source. Dans l'entéroptose, le foie, le plus souvent malade, n'exerce plus, d'une façon complète, ce rôle préservateur; sa sécrétion n'est plus suffisante pour assurer l'antisepsie intestinale, et, par conséquent, prévenir les auto-intoxications qui ont l'intestin pour origine.

Coutaret a dit avec raison :

« L'auto-intoxication domine la pathologie des maladies chroniques. Les ptomaïnes et les leucomaïnes abondent dans les milieux privés de leurs sécrétions physiologiques, et, infectent les humeurs, dès que le foie ne les détruit plus, et que les reins ne suffisent pas à leur élimination [1] ».

1. Coutaret, *Les dyspepsies et leur traitement.* (*Bull. gén. de thérap.*, 30 janvier 1892.)

Les anciens avaient déjà observé ce rôle du tube digestif dans la production des maladies chroniques.

L'emploi régulier des laxatifs n'a pas d'autre origine.

C'est à la même cause que l'usage habituel des pilules laxatives, et de toutes les préparations cholagogues en renom, doivent leur succès et leur fortune.

L'opinion de la science se réforme ; après avoir « abandonné, bien à tort, depuis Broussais, cette pratique des anciens, sans avoir converti le public qui croit aux réclames, et s'en trouve fort bien » (Coutaret), nous revenons convertis à l'usage des laxatifs. L'on peut même dire, sans être taxé d'exagération, que cette pratique est en harmonie avec les données actuelles de la science.

L'indication des laxatifs est donc bien fondée ; non-seulement leur usage régulier est basé sur l'étiologie complexe de la constipation chez l'entéroptosé, mais sur les multiples indications qu'il remplit, à savoir : d'exonérer l'intestin, d'exciter la sécrétion biliaire et tout le système digestif, et, par la production de la bile, le plus puissant des antiseptiques intestinaux, d'amener l'antisepsie intestinale et de prévenir la formation de leucomaînes et les auto-intoxications.

L'emploi des laxatifs est encore basé sur la pratique des anciens, sur l'empirisme, qui en somme n'est qu'une longue observation inconsciente, et c'est ce qui en fait la valeur. A tous ces titres cet usage doit être quotidien. Il n'entraîne pas cet amaigrissement que nos maigres entéroptosées redoutent tant. J'ai une de mes malades qui augmenta de vingt livres en six mois malgré l'usage journalier des laxatifs.

Il ne faut pas d'ailleurs chercher à obtenir des selles abondantes. Une, tout au plus deux selles suffisent.

Que votre attention se porte constamment du côté des selles de votre malade.

Ce sont souvent les évacuations alvines, irrégulières ou insuffisantes, qui tiennent sous leur dépendance l'amélioration d'une malade.

Le malade va à la selle tous les jours et dans ces conditions se refuse à prendre les laxatifs en quantité suffisante.

Ou bien encore, il a une selle diarrhéique, et, ce caractère des évacuations fait éloigner toute idée de constipation.

La raison n'est pas toujours suffisante.

C'est souvent une diarrhée qui masque une constipation, en d'autres termes, une *diarrhée paradoxale*.

Un confrère m'écrivait dernièrement, à son grand étonnement, l'observation suivante : « Journellement constipé, je prends journellement un lavement.

« *Lundi* dernier, j'obtiens des selles moulées, plus copieuses que de coutume.

« *Mardi*, je m'éveille avec de la diarrhée et des coliques, j'obtiens sept selles dans la journée ; ces évacuations abondantes me jettent dans un profond accablement, et s'accompagnent de douleurs de reins. Le soir pour diminuer le ténesme, je prends un lavement d'eau chaude ; il amène plusieurs scybales.

« Le *mercredi* j'étais remis de cet affaissement, lorsque le soir, en prenant un lavement, je laissais aller trois énormes scybales. »

Je cite ce fait parce qu'il vient d'un confrère

qui l'a aussi bien observé qu'exactement décrit.

Son histoire se renouvelle souvent chez les entéroptosés.

La diarrhée paradoxale reconnaît pour cause l'exagération de la coprostase.

La rétention des matières fécales amène, à un moment donné, une irritation qui, au lieu d'être lente et continue, devient brusquement intense. Cette irritation retentit à la fois sur les nerfs moteurs et sur les nerfs secréteurs de l'intestin; de là la débacle constituée par un flux diarrhéique mélangé de masses dures et petites.

« Chez beaucoup de sujets atteints d'atonie intestinale, la maladie, dit Malibran, est caractérisée par des alternatives de diarrhée et d'obstruction passagère. C'est même sa physionomie habituelle[1] ».

Ces remarques d'un caractère éminemment pratique sur la surveillance des selles et la diarrhée paradoxale vraiment fréquente dans la déséquilibration abdominale, devaient trouver ici leur place.

Il nous faut maintenant revenir sur l'usage fréquents des laxatifs.

Purgatifs salins. — *Méthode d'administration de Glénard.* — Le médecin de Lyon est tellement convaincu de la nécessité des laxatifs qu'il en prescrit l'usage quotidien.

Sa méthode d'administration qu'il individualise suivant les cas est la suivante :

« Prendre chaque matin en se levant, quinze minutes avant le premier repas, ou au premier réveil s'il est suivi d'une longue insomnie, (que ce soit à 10 heures du soir, à 2 heures, à 4 heures ou à 6 heures du matin), l'un des laxatifs salins suivants :

1. Malibran, *loc. cit.*, p. 102.

un paquet de sulfate de soude, 4 grammes; sulfate de magnésie, 3 grammes, dissous dans un demi-verre d'eau; un demi-verre d'eau de Janos, ou autre, un quart de verre d'eau de Rubinat ou de Villacabras, une cuillerée à café de sedlitz Chanteaud ou autre granulé, une cuillerée à café de sel de Karlsbad, etc, etc.

« Si la constipation persiste, ou que les selles soient diarrhéiques, aqueuses, il faut, non pas, ce que l'on fait toujours, supprimer le laxatif salin, mais en corriger ou en compléter l'action, qui est d'exciter les sécrétions, par des laxatifs dont l'action soit d'exciter la péristaltique, d'où le conseil suivant :

« Prendre également tous les trois soirs, ou parfois tous les soirs, en se couchant, une pilule :

D'aloès et d'extrait de rhubarbe . . âà 5 centigr.

ou bien, suivant le cas, prendre chaque jour, avant chaque repas un des cachets :

Aloès	3 centigr.
Bicarbonate de soude	75 —

« On reconnaîtra ajoute-t-il, qu'il faut, au milieu des errements actuels, avoir un vrai courage pour oser recourir à une telle pratique, et surtout la recommander. Comment? vous purgez tous les jours des malades qui peuvent à peine se traîner et que les purgations ont toujours « irrités »! Comment? vos laxatifs salins donnent de la diarrhée et vous prétendez combattre cette diarrhée en leur faisant prendre de l'aloès par dessus le marché. J'en appelle à l'observation clinique *dans le traitement de l'entéroptose*, le seul dont je m'occupe ici, et j'atteste la réalité du fait suivant que je ne crois

pas avoir encore été signalé : *Lorsque les laxatifs salins, sulfate de soude ou de magnésie, pris chaque matin à petite dose* (6 à 8 gr.), *provoquent des selles aqueuses, l'aloès, pris concurremment tous les deux soirs à petite dose* (5 centigr.), *augmente leur densité et leur rend une consistance presque ou tout à fait normale*.

« Une selle quotidienne suffisante comme densité et comme quantité, tel est le but à atteindre. Les moyens que je viens de préconiser conviennent à la majorité des malades atteints d'entéroptose. Il est évident que, suivant les cas, mais toujours dans le même sens, on devra modifier les heures d'administration, les doses des médicaments, recourir à la combinaison d'autres sels avec d'autres résines, etc. etc. Le médecin devra souvent s'assurer de ses propres yeux, même de son odorat, du résultat obtenu et, ne, pas trop se fier au malade, qui, fort inconsciemment, peut le tromper.

« Les degrés croissants d'énergie dans l'administration des laxatifs consistent, non pas à en augmenter les doses (sauf dans des cas tout à fait spéciaux où il y aura lieu de recourir à une vraie purgation, ce qui est exceptionnel et d'une efficacité douteuse dans l'entéroptose), mais, à en prolonger l'usage et à leur associer les différentes pratiques telles que massage, électricité, douche ascendante, lavage d'estomac[1], etc.

« Le minimum des jours *consécutifs* d'administration des laxatifs salins, auxquels on n'associe les résineux que temporairement et s'ils sont nécessaires, devra être de trois jours; le maximum peut être *indéfini* et j'affirme d'après mon expé-

1. Glénard. *Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose*, p. 25.

rience, non-seulement l'innocuité, mais l'immense bénéfice d'une pareille pratique ».

Tel est l'exposé complet de la pratique de Glénard. Nous l'avons mise à l'épreuve.

Nous avons d'abord constaté les surprenants effets de l'aloès sur la densité des selles.

Il nous coûtait ensuite quelque peu de soumettre des malades à l'usage quotidien des laxatifs salins, cependant nous l'avons fait régulièrement et, ce qui nous a convaincu, c'est le fait que nous citions tantôt d'une malade que nous avons vue en six mois augmenter de vingt livres malgré leur usage journalier.

Les laxatifs en général. — Nous n'avons pas cru cependant devoir étendre le traitement par les laxatifs salins à tous nos malades atteints d'entéroptose. Dans l'expérience que nous nous sommes faite de la thérapeutique, de la constipation dans l'entéroptose, nous nous sommes souvent laissé aller à continuer le traitement que le malade avait de lui-même trouvé le meilleur ou celui qu'un autre confrère avait institué avec succès.

Nous nous sommes bien trouvé de cette pratique et d'une façon générale nous la recommandons, croyant avec Trastour « que tous les laxatifs trouvent leur emploi; chaque malade a ses aptitudes et ses prédilections [1] ».

Les *préparations pilulaires* ont souvent la préférence.

Je ne vois aucun inconvénient à les continuer quand elles sont bien supportées et produisent bon effet; je recommande surtout celles qui ont pour elles l'épreuve du temps, et mieux encore l'expérience personnelle du sujet.

1. Trastour, *loc. cit.*, p. 53.

J'ai rencontré chez une de mes malades une formule laissée par un médecin étranger et qui me paraît particulièrement heureuse.

Extrait d'aloès et poudre de rhubarbe......	} àâ 0,05 centigr.[1]
Savon de jalap de la pharmacopée allemande.	

Cette préparation à laquelle il faut tenir dans la pratique se fait suivant la formule suivante :

Résine de Jalap	} àâ 4 gr.
Alcool à 80°	
Savon médicinal	8 gr.

Faire dissoudre dans l'alcool la résine, puis le savon; faire évaporer au bain-marie jusqu'à consistance pilulaire; le produit total doit peser 9 gr.

Il est une préparation analogue qui mérite une mention spéciale; elle est un excellent laxatif qui a la valeur de tous les thés purgatifs et se trouve d'un emploi encore plus commode, parce qu'elle n'exige aucun apprêt.

Sa formule d'ailleurs variable peut être ainsi simplifiée :

Poudre de follic. de séné.	} àâ 20 gr.
— de réglisse	
— de soufre.	10 gr.
— de sucre	70 gr.
— de vanille.	1 gr.

(COUTARET).

1. Ces pilules se prennent souvent en se mettant au lit aux doses de 1, 2 ou 3, et ont l'avantage d'agir rapidement et sûrement.

Les *thés purgatifs*, quelque nom qu'ils portent, sont presque tous également bons parce qu'ils sont tous à base de séné. Ils sont presque tous une variante du thé de Saint-Germain qui se trouve au *Codex* sous le nom d'espèces purgatives. Ils doivent se donner en petite dose pour éviter les coliques douloureuses.

Malibran s'en montre franchement partisan dans son intéressante monographie sur l'atonie intestinale.

Elle se prend à la dose de 1 à 2 cuillerées à café matin ou soir suivant la rapidité des effets obtenus. Comme tous les produits à base de séné, cette poudre est assez inégalement acceptée ; les uns s'en montrent très satisfaits, d'autres, à l'intestin plus sensible, se voient obligés de renoncer à son usage.

Les *lavements* simples, émollients, chargés de sel, les lavements d'eau et de vin blanc recommandés par Trastour, sont encore de bons moyens, mais il ne faut pas en user d'une façon habituelle. Comme l'observe Malibran. « Le lavement, quel qu'il soit, est un procédé thérapeutique trop artificiel pour rester toujours inoffensif. L'excitation anormale de la muqueuse du gros intestin provoque, comme on sait, la sensation immédiate du besoin de la défécation ; le réflexe expulsif est vivement sollicité et ne peut être réprimé que par un certain effort de volonté, pour peu que la masse liquide soit suffisante à vaincre la tonicité du sphincter. Tel est le résultat des premiers lavements. Mais, à la longue, la sensibilité s'émousse, le réflexe devient plus rebelle parce que l'excitant est devenu insuffisant. Bref, au lieu de tonifier, l'irrigation quotidienne, trop longtemps mise en usage, a habitué l'intestin à ne plus se vider que de cette façon. Le résultat est donc inverse de celui qu'on cherchait. On a produit une exagération de l'atonie au lieu de la faire cesser.

« La méthode des lavements est donc une bonne méthode, mais c'est à la condition qu'elle soit une méthode intermittente, ou bien, une méthode continue mais peu durable [1] ».

Un moyen pratique que je conseille, avec les res-

1. Malibran, *loc. cit.*, p. 281.

trictions judicieuses qu'apporte Malibran à cette méthode, est le *petit lavement de glycérine.*

Ce petit lavement d'une petite cuillerée de glycérine pure, très commode, se prend avec une toute petite seringue en verre ou mieux en gutta-percha, et ne se garde que quelques minutes.

Le résultat ne se fait attendre que quelques instants. Ce procédé simple, élémentaire, ne demandant aucun apprêt, m'a rendu de nombreux services. Il donne des résultats que j'estime supérieurs aux lavements ordinaires, et mérite d'être vulgarisé.

Il réussit surtout lorsque les matières fécales sont déjà dans l'S iliaque.

Ce procédé est beaucoup plus pratique et moins coûteux que les suppositoires à la glycérine qui en ce moment jouissent d'une certaine vogue.

Le traitement de la constipation par les petits lavements médicamenteux est à l'heure actuelle à l'étude.

M. le docteur Kohlstock a pu se convaincre, par une série d'essais cliniques institués dans le service de M. le docteur Senator, professeur de médecine interne à la Faculté de médecine de Berlin, que l'aloïne, l'acide cathartinique, la colocynthine et la citruline produisent d'excellents effets purgatifs, lorsqu'on injecte dans le rectum une solution de ces substances au moyen d'une petite seringue d'une capacité de dix grammes.

La colocynthine et la citrulline sont, parmi ces médicaments, ceux qui donnent les meilleurs résultats.

La *colocynthine* s'emploie à la dose de 0,04 centigr. dans les cas graves, à la dose de 0,01 à 0,03 dans les cas de constipation moyenne.

La *citrulline* agit à dose moitié moindre.

Nous administrons ces médicaments sous forme de solution en petit lavement de quelques grammes.

Les formules dont nous avons fait usage sont les suivantes :

Solution de colocynthine au 0/100	Colocynthine	0,10
	Alcool	ââ 1,20
	Glycérine	
	Eau	8,00

Solution de citrulline au 1/200	Citrulline	0,05
	Alcool	ââ 2,50
	Glycérine	
	Eau	5,00

Nous employons de 2 à 4 gr. de ces solutions. — Nous sommes encore dans la période des expériences.

« L'aloïne et l'acide cathartinique se recommanderaient pour le cas de constipation légère, la colocynthine et la citruline conviendraient aux constipations opiniâtres. On obtient des évacuations abondantes sans coliques, sans irritation de l'intestin et sans tendance ultérieure à la constipation[1]. »

Tout progrès dans cette voie mérite d'être suivi et signalé.

L'atonie intestinale n'a guère pour siège que le gros intestin, et la thérapeutique intestinale aurait fait un grand pas si l'on pouvait trouver un traitement qui s'adressât simplement au gros intestin sans mettre en jeu l'activité secrétoire ou la puissance contractile de tout le tube intestinal.

Il est un moyen plus simple encore que je veux citer et qui réussit souvent dans les premiers temps de l'entéroptose, c'est la *régularisation de la défécation naturelle* par l'effet de l'habitude et « d'une volonté patiente et régulièrement appliquée. » Ce procédé, dit Trousseau, triomphe le plus souvent

1. *Feuillet médical*, t. X, 92.

de la constipation. « Il consiste à se présenter à la garde-robe, tous les matins à la même heure et à faire des efforts. Si ces efforts ne sont pas couronnés de succès, il faut résister énergiquement aux besoins qui pourraient se manifester avant l'expiration des vingt-quatre heures suivantes, et, ne faire une nouvelle tentative que le lendemain à la même heure. Des lavements froids, dit-il, pourront favoriser l'expulsion fécale si les efforts spontanés ne suffisent pas. Après huit ou dix jours de tentatives répétées quotidiennement, la fonction continue en général à se faire d'une façon naturelle et régulière[1] ».

Ce procédé, d'une simplicité si pratique, nous en avons souvent vu le bien-fondé, et nous sommes, dans la mesure du possible, partisan de l'associer aux autres moyens d'obtenir la régularisation des selles.

Le massage méthodique et prolongé de l'abdomen, l'électricité, dans certains cas l'hydrothérapie, peuvent aussi rendre de grands services.

Ayant toujours en vue les moyens les plus simples, les plus pratiques, avec Trastour j'engage les malades à frictionner et à masser eux-mêmes leur ventre le matin au lit, en suivant le trajet des diverses portions du colon.

S'il y avait d'ailleurs des difficultés dans la mise en application de ces moyens mécaniques actifs, que les malades s'en tiennent à la pratique passive *du coussin de plomb*, proposé par Fleichenfeld (de Berlin) dans le relâchement de la paroi abdominale consécutif aux grossesses répétées. Il est tout indiqué chez les sujets sans ventre où il doit être particulièrement actif. Une compression énergique

1. Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1894, t. III, p. 196.

et égale du ventre excite vivement le muscle intestinal qui se contracte sous l'influence du plexus solaire placé dans les couches musculaires. On fait faire un coussin dans lequel on insère de deux à quatre livres de plomb de chasse que l'on met dans un sac divisé en huit ou dix compartiments. Dans chaque case on met environ 200 grammes de plomb, qu'avec un peu d'ouate on sépare en plusieurs portions. On a ainsi un coussin bourré d'ouate et de plomb. Ce coussin est façonné de manière à s'adapter à la forme du ventre, il exerce partout une égale compression.

Il suffit de l'employer une demi-heure le matin avant le lever, en le fixant avec des courroies pour obtenir un excellent résultat. Si une demi-heure ne suffit pas, il n'y aurait aucun inconvénient à le laisser plus longtemps.

Un confrère doublé d'un excellent ami, le docteur Bruyelle (de Cambrai), qui m'a signalé cette méthode, dit s'en être bien trouvé dans sa clientèle. Même dans les cas où il ne se produisait pas de selles spontanées, le coussin préparait suffisamment la fonction intestinale, pour qu'un simple lavement évacuant fit le reste.

La liste des moyens laxatifs est longue. Je ne ferai pas l'inutile besogne d'énumérer toutes les ressources de la thérapeutique contre la constipation.

Je tiens à être incomplet sur ce point, et je me suis borné à signaler tous ceux qui m'ont rendu des services dans la pratique journalière.

Indication des différents laxatifs. — Si tous les laxatifs sont bons et que, d'une façon générale on puisse s'en rapporter aux préférences du malade, c'est à la double condition que l'on varie les

moyens, et que la constipation ne relève que de l'atonie intestinale simple.

Quand l'atonie intestinale se complique de colite chronique, les purgatifs salins méritent la préférence, et la méthode d'administration de Glénard doit être employée dans toute sa rigueur.

Cette conclusion qui est celle qui se dégage de notre expérience, nous la retrouvons exprimée par Malibran et appuyée des considérations suivantes :

« Contrairement à l'atonie simple où leur indication est discutable, les purgatifs salins trouvent rationnellement leur emploi dans la colite chronique, car, outre leur action laxative, on pourra dans certains cas tirer profit de leurs propriétés dites antiphogistiques contre le catarrhe intestinal. »

C'est, comme nous l'avons vu, également l'avis du Dr Glénard.

Le champ des recherches cliniques est un terrain sur lequel on aime toujours à se rencontrer.

Solidarité des indications fondamentales. — La force du traitement, comme son succès, réside tout entière dans l'union, dans la combinaison de ces trois ordres de moyens. Cette association est tellement nécessaire que l'absence de l'un compromet l'heureuse influence des deux autres. Supprimez à une malade sa ceinture et vous contrariez aussitôt les bons effets de son régime et de l'usage régulier des purgatifs. Suspendez les purgatifs, vous observez rapidement des accidents. Écartez-vous du régime, le fait est encore plus évident.

La pratique fournit journellement des exemples de cette solidarité des trois agents du traitement essentiel de la déséquilibration abdominale, car, c'est un fâcheux instinct de la nature, dès que le mieux se produit, les imprudences commencent.

Souvent le malade abandonne l'usage régulier des purgatifs; ce n'est que lorsqu'une expérience douloureuse lui montre son tort, qu'il y revient.

Ou bien le mieux être qu'il éprouve lui fait croire qu'il peut s'écarter de son régime. Parfois encore il laisse sa ceinture, soit par oubli, soit parce qu'il l'a trop serrée et qu'elle le fatigue; chaque fois le malade paie douloureusement les frais de cet abandon prématuré d'un des éléments importants de son traitement. Aussi, il finit par voir que l'expérience est une école dont les leçons coûtent cher et dont les enseignements sont précieux à retenir, et le temps l'assagit.

La ceinture, le régime, les laxatifs sont donc bien un trépied thérapeutique, puisque le traitement ne tient plus debout, dès qu'un des trois éléments vient à faire défaut.

CHAPITRE IV

INDICATIONS SECONDAIRES

Caractère urgent des indications secondaires. — Les indications secondaires tiennent une telle place dans la pratique, qu'à en croire le langage des malades, et les plaintes qu'ils exhalent, ce sont elles qui, le plus souvent, occupent la première place.

Les uns, en effet, ne vous parlent que de leurs troubles digestifs, mettent toujours en avant leur creux, leur vide à l'estomac, leur délabrement, leur fringale, et semblent résumer dans ces malaises toute leur maladie.

Les autres, de leur fatigue extrême qui les accable et les rend impropres à leurs occupations

journalières. Celui-ci se plaint presque uniquement d'une céphalalgie à répétitions, celui-là d'une insomnie aussi pénible que rebelle, et, dans le récit de leurs souffrances, dans la description de leur maladie, ces symptômes dominent la scène, en même temps que leur irritabilité, leur hypochondrie, leur inaptitude aux pensées suivies, viennent la compliquer.

C'est assez dire que ces troubles doivent entrer en ligne de compte dans le traitement de la déséquilibration abdominale, qu'il faut faire une place à la thérapeutique des indications secondaires et décrire, au moins, le traitement des troubles les plus fréquents.

Troubles dyspeptiques. — Parmi les indications secondaires, les troubles digestifs tiennent par ordre de fréquence la première place. Ils se présentent, le plus souvent, sous la forme de dyspepsie atonique.

Tout le traitement symptomatique de l'atonie gastrique trouve donc ici sa place.

Bicarbonate de soude. — Parmi les agents médicamenteux, Glénard conseille avec instance et met au premier rang le bicarbonate de soude. « Ce sel, dit-il, de même que les eaux minérales alcalines transportées, de même que les acides, agissent à titre de palliatif immédiat et momentané contre certains troubles dyspeptiques, parmi ceux que j'ai appelés gastriques; mais là s'arrête leur action, elle est précieuse, elle sera toujours utilement associée aux autres agents thérapeutiques : à ce titre on recommandera de boire aux repas soit de l'eau de Vals (Vivaraise 3,5. Précieuse, etc). soit de l'eau de Vichy (Hauterive, St-Yorre), suivant le cas, ou bien, dans d'autres cas, de prendre

au milieu du repas une cuillerée à café du mélange suivant : bicarbonate de soude 60, magnésie calcinée 30, s-n. bismuth 3 ».

Le bicarbonate de soude est, d'aprés Glénard, le médicament de choix dans la période gastrique de l'entéroptose. C'est le meilleur eupeptique, et l'agent médicamenteux qui lui a donné les résultats les plus probants dans l'immense majorité des cas.

Aussi dans la pratique il doit, à tous ces titres, être le premier mis à l'épreuve. Bien souvent il a, le précieux avantage de répondre parfaitement à une indication secondaire en même temps qu'à une indication capitale qui est l'hépatisme.

Acides. — L'usage des alcalins fait supposer l'interdiction des acides. Cependant l'emploi des acides et surtout de l'acide chlorhydrique se trouve assez fréquemment indiqué dans l'entéroptose.

Cette indication se présente particulièrement dans les cas d'entéroptose compliquée de dilatation vraie, dans les crises d'embarras gastrique, et, d'une façon générale, dans les symptômes de fermentations secondaires résistant à l'emploi des alcalins. Glénard ne repousse pas l'acide chlorhydrique qu'il associe parfois au bicarbonate de soude, et, admet ces indications spéciales. « L'administration des alcalins à titre unatif, n'exclue, dit-il, en aucune façon l'administration simultanée des acides à titre palliatif dans certains cas d'entéroptose compliquée. Dans ces cas les alcalins sont donnés à jeun, les acides de suite après le repas. Mais ce sont là, ajoute-il, des cas exceptionnels, et le palliatif le plus généralement efficace est encore le bicarbonate de soude. »

Parmi les acides, l'acide chlorhydrique mérite la préférence. Il est en effet l'antiseptique physiolo-

gique de l'estomac, comme la bile est celui de l'intestin, et son action antifermentescible est bien établie. J'ai rencontré des malades qui qualifiaient ses effets de merveilleux, tant les résultats étaient frappants et décisifs.

La limonade chlorhydrique est la formule usuelle.

Il est pourtant plus pratique, à mon avis, de prescrire l'acide chlorhydrique médicinal, et, d'en faire prendre à la fin de chaque repas, ou mieux une demi-heure après, 7 à 8 gouttes dans un verre d'eau. Pour éviter l'effet désagréable et nuisible de l'acide sur les dents, je conseille ordinairement de prendre le médicament avec un chalumeau ou un tube en verre.

Teinture de Beaumé. — La teinture de Beaumé à haute dose doit, parmi les moyens qui m'ont donné les plus constants résultats, être également cité au premier rang.

Il ne faut pas craindre de prescrire à dose assez forte les préparations à base de strychnine. Nous avons beaucoup plus perdu que gagner à nous écarter de la pratique de Trousseau qui, avec une hardiesse à peine croyable, donnait tous les jours jusqu'à 5 centigrammes de sulfate de strychnine à des enfants de cinq à dix ans atteints de chorée.

Stocquart (de Bruxelles), Luton (de Reims) (*Études de thérap. génér.*), et, après eux, Huchard, ont démontré que la posologie des préparations, qui ont la strychnine pour base, est mal établie.

Le médecin de Bruxelles va jusqu'à recommander les doses de cinq à dix grammes de teinture de noix vomique *pro die*, à prendre en deux fois, matin et soir, pour combattre la constipation. Il cite entre autres observations à l'appui de son opinion, un cas de dyspepsie traitée par 15 grammes

de teinture de noix vomique en trois fois, et l'observation d'une jeune fille de 21 ans qui prit, par erreur, 15 grammes en une fois [1].

Sans atteindre ces chiffres, il faut en tenir compte, et s'écarter de la posologie classique pour obtenir des résultats des préparations à base de strychnine.

Comme le dit Huchard, « il faut employer de fortes doses pour obtenir un effet thérapeutique, et comme l'observe justement l'éminent clinicien, il faut savoir que l'accoutumance se fait [2] ».

Dans notre pratique journalière nous prescrivons d'une façon habituelle 15 gouttes de teinture de Beaumé une demi-heure avant chaque repas.

Ces moyens suffisent souvent pour mener à bonne fin une digestion habituellement laborieuse.

Lorsque la digestion du repas du soir est difficile, que la bouche pâteuse et l'haleine du malade le témoignent au réveil, il est encore un moyen bien pratique de stimuler l'estomac : il consiste à appliquer sur tout l'abdomen une large compresse d'eau froide, bien exprimée, recouverte d'un linge assez épais, ou mieux encore la ceinture mouillée.

Toutes les ressources usitées contre la dyspepsie atonique peuvent ici trouver leur indication.

Comme l'observe Trastour « il ne faut surtout être ni exclusif ni systématique... Tantôt les acides, tantôt les alcalins, plus souvent ceux-ci que ceux-là, tantôt les amers, tantôt les calmants, quelquefois les stimulants, les opiacés et les médicaments strychnés combinés, tout cela a son opportunité [3]. »

Troubles nerveux. — Le traitement préventif a, en thérapeutique, sa place avant les meilleurs mé-

1. *Archives de médecine et de chirurgie prat.*, 1888.
2. Huchard, *Revue de clinique et de thérapeutique*, 2 janv. 1892.
3. Trastour, *loc. cit.*, p. 54.

dicaments; aussi, nous voulons signaler ici une cause fréquente de malaises nerveux qui, lorsqu'elle n'est pas combattue à son origine, est une abondante source d'indications secondaires.

L'entéroptosé avancé est souvent un malade dont l'organisme ne peut plus supporter une dépense exagérée de forces.

Toute dépense un peu excessive entraîne, ce semble, dans ces organismes, un surcroît de combustions organiques, et, soit que le foie soit impuissant à neutraliser l'excès des déchets organiques qui résultent de la dépense physique ou du choc moral, soit que les émonctoires ne les éliminent pas complètement, soit enfin que le système nerveux soit lui-même devenu d'une impressionnabilité maladive aux principes toxiques que le sang charrie, le fait est presque constant chez cette catégorie de malades : vingt-quatre, souvent seulement quarante-huit heures après une promenade un peu longue, une fatigue, une forte émotion, il se déclare des troubles parfois digestifs mais le plus souvent nerveux.

Ces troubles sont très variables, mais habituellement les mêmes chez un même sujet; dans le monde des chroniques, et surtout des névropathes qui sont si fréquents dans l'entéroptose, chacun a un peu sa manière d'être malade. Bien souvent c'est sa migraine, ce sont ses douleurs, ses crises qui reprennent le malade. Il est tellement habitué aux retours agressifs, constamment les mêmes de sa maladie, qu'il en fait son mal. Parfois c'est l'asthénie qui reparaît prédominante, l'insommie qui revient ou augmente.

Quel que soit le malaise qui se présente dans ces circonstances, la pathogénie en est intéressante,

parce qu'elle nous indique le moyen d'en prévenir le retour, et parce que le traitement en dépend. Dans les malaises qui reconnaissent cette origine, le moyen qui donne régulièrement le meilleur résultat est le purgatif léger, au besoin renouvelé plusieurs fois. Ses bons effets tendent à prouver l'origine toxique des accidents en même temps qu'ils semblent en faveur de l'insuffisance hépatique.

Ces considérations pathogéniques établies, étudions quelques troubles nerveux en particulier.

Parmi les troubles les plus importants par ordre de fréquence et en raison des indications secondaires qu'ils comportent, sont la céphalalgie, l'insomnie et la faiblesse nerveuse.

Il ne saurait être question ici d'envisager le traitement détaillé de ces accidents ; nous ne ferons que signaler quelques moyens vraiment pratiques qui, en raison des résultats qu'ils m'ont donnés, me paraissent plus particulièrement indiqués dans la thérapeutique de l'entéroptose.

Céphalalgie. — La céphalalgie trouve son soulagement le plus sûr dans deux médicaments, bien différents comme action, l'*antipyrine* et la *caféine.*

Le premier est surtout indiqué dans les formes migraineuses s'accompagnant d'un point opthalmique, le second dans la céphalalgie se traduisant par de la lourdeur de tête.

Ces indications sommaires ne sauraient viser tous les cas de la pratique. D'ailleurs, il est parfois difficile de trouver à priori l'agent qui convient dans un cas particulier. Quand les accidents sont très douloureux et qu'un des médicaments n'a pas réussi, il n'y a aucun inconvénient à employer l'autre qui, dans ce cas donne le plus souvent des résultats.

Mais je ne vois aucun avantage à associer les deux médicaments comme on l'a fait dans la formule suivante :

Caféine	25 centigr.
Antipyrine.	50 centigr.
Sucre	50 centigr.

qui dans certaines régions jouit d'une très grande vogue. Sans doute le succès est plus certain, mais c'est s'engager dans une pratique qui conduit à l'abus des médicaments, et,il vaut beaucoup mieux ne pas s'engager dans une voie où les exigences du malade ne vous entraînent déjà que trop facilement.

La vraie devise de la thérapeutique doit toujours être : *Le maximum d'hygiène*, *le minimum de médicaments*.

Le mot de Bacon est toujours vrai :

Medicamentorum varietas, filia est ignorantiæ.

L'antipyrine s'emploie à la dose d'un gramme ; il est presque toujours inutile de dépasser cette dose dont la majoration n'est pas sans inconvénient, étant donnée chez certains névropathes la fréquence des accidents migraineux.

Pour augmenter les heureux effets du médicament, il faut rester au repos, et mieux étendu, pendant le quart d'heure qui suit son administration.

La céphalalgie n'a souvent d'autre origine que le mauvais fonctionnement de l'estomac et les phénomènes d'auto-intoxication qui en sont la suite ; aussi pour ne pas fatiguer l'estomac, habituellement dans de mauvaises conditions au moment de la céphalée, j'ai l'habitude de prescrire l'antipyrine dans un petit lavement de 5 à 10 grammes d'eau.

La petite seringue pour lavements glycérinés retrouve ici son emploi. Ce procédé d'absorption est tellement commode et d'un effet si rapide, que les malades qui en ont usé, n'hésitent pas à lui accorder leur préférence.

La caféine se prend à la dose de 1, 2, et quelque fois 3 pilules de 0,10 centigrammes chacune. Le malade commence par une pilule et va en augmentant jusqu'à ce qu'il trouve la dose qui agit. Certains sujets sont d'une susceptibilité particulière vis-à-vis de ce médicament.

Insomnie. — L'insomnie est un symptôme fréquent de l'entéroptose vis-à-vis duquel il faut être sobre de médicaments. L'arsenal thérapeutique est riche en somnifères. Les meilleurs sont ceux qui font coup double, c'est-à-dire, qui entrent en même temps dans le traitement de la déséquilibration abdominale ou des troubles généraux du système nerveux.

Glénard a dit avec raison : « Le laxatif est le seul vrai somnifère pour le dyspeptique » ; et il le prescrit au premier réveil s'il est suivi d'une longue insomnie.

Il ajoute en note : « il est exceptionnel qu'on ne puisse pas ramener le sommeil chez un dyspeptique et en général chez un neurasthénique (entéroptosique) par la combinaison des moyens suivants : 1° laxatifs; 2° suppression des aliments indigestes au repas du soir, et en particulier des légumes; 3° un repas au milieu de la nuit; 4° porter la sangle pendant la nuit; 5° compression de la base du thorax soit par une bande élastique, soit par un registre, soit par un sachet de sable. »

Glénard distingue au point de vue des indications, l'insomnie entéroptosique de l'insomnie liée

à la neurasthénie de Charcot, laquelle exige les sédatifs, et au premier rang, le bromure de potassium à la dose d'emblée de 4 à 6 grammes par jour, puis le sulfonal (1 gr.), etc.

L'association des moyens est tout indiquée contre un symptôme aussi pénible que l'insomnie.

Celui que nous conseillons en première ligne après le laxatif, parce qu'il entre également dans le traitement de l'entéroptose, c'est l'usage de l'hydrothérapie.

La compresse d'eau froide sur l'abdomen dans les conditions ou nous l'avons indiquée, la ceinture mouillée, les lotions sont des procédés très simples et qui, en raison de leur réelle efficacité, méritent d'avoir leur place dans le traitement de l'insomnie.

Ces pratiques hydrothérapiques sont faites au moment de se mettre au lit, et, seront renouvellées avec avantage au premier réveil.

L'usage des médicaments trouve parfois son indication, mais, il faut ne les employer que momentanément et en se rappelant que les agents physiques valent toujours mieux que les agents pharmaceutiques.

Asthénie ou lassitude habituelle. — La lassitude habituelle, *l'asthénie*, cet état aussi fréquent que pénible mérite également d'être signalé parmi les indications secondaires. Rien en effet ne désole les malades comme cet affaiblissement de tout leur être qu'ils éprouvent à leur lever, et sentent reparaître dans les premières heures de l'après-midi.

Parmi les moyens hygiéniques, le plus simple et celui que Glénard recommande en première ligne, consite à faire un premier déjeuner au lit. L'hydrothérapie trouve également ici son indication.

L'usage de la caféine a de précieux effets dans cet état de défaillance du système nerveux. Je ne saurais trop recommander d'en faire l'épreuve d'une façon habituelle. Je me hâte de dire qu'il ne faut demander ni au thé et ni au café les effets de cet agent.

J'ai souvent vu la caféine transformer un malade en quelques minutes en lui enlevant la sensation de fatigue générale qu'il éprouvait et amenant un bien-être étonnant.

Devant des résultats aussi évidents, je n'ai pas hésité à la prescrire, et j'en ai permis l'usage longtemps prolongé sans inconvénient réel.

Il faut avoir la précaution de ne pas donner la caféine trop avant dans l'après-midi, sinon l'excitation qu'elle amène pourrait compromettre le repos de la nuit.

La caféine produit chez les sujets sensibles à son action deux autres effets qu'il faut connaître; c'est un léger tremblement surtout accusé dans les mains, parfois incapables d'écrire; c'est encore une excitation assez accentuée pour relever le malade de son état de dépression et le jeter dans l'énervement.

Ces effets de la caféine sont relativement rares et toujours sans danger. Pour en éviter l'apparition ou le retour, et surtout pour ne pas renoncer au bénéfice du médicament, il suffit de prescrire la caféine en commençant par de petites doses comme nous l'avons indiqué. J'ai constaté une fois seulement des accidents nerveux qui m'ont fait abandonner l'usage du médicament.

La *kola* est, ce n'est pas douteux, appelé dans un avenir prochain à prendre place à côté de la caféine.

L'action du rouge de kola s'associe dans ce médicament aux effets de la caféine qu'elle accroit et rend plus durables. Mais il n'est pas pratique de recommander un médicament qui ne peut encore être apprécié que par les spécialités auxquelles il a donné le jour, et qui ne m'est pas d'ailleurs assez personnellement connu pour que je lui donne dès maintenant, à cause de son action, la préférence sur les effets dûment constatés de la caféine.

Tels sont les divers moyens que nous avons cru devoir distraire du grand nombre et mettre en relief dans la thérapeutique des indications secondaires.

Remonter l'état général, stimuler ou calmer le système nerveux, tonifier l'un ou l'autre appareil ou organe, soulager toutes les souffrances, presque toutes les indications peuvent se rencontrer dans l'entéroptose. Aussi mieux vaut s'arrêter trop tôt que de s'attarder dans le traitement que chacune d'elles comporte. Au reste, ainsi que le conseille Glénard, il ne faut pas se hâter de vouloir répondre à toutes les indications secondaires ; il est un groupe de symptômes, dits nerveux, qui se dissipent spontanément lorsqu'on répond aux grandes indications fondamentales tirées de l'hypotase abdominale, de la splanchnoptose, de l'atonie gastro-intestinale.

Les cas sont si complexes que, comme disait Bretonneau, il faut pour chaque malade recommencer la médecine.

Il est pourtant plusieurs points qui ont encore ici leur place :

C'est d'abord la susceptibilité du déséquilibré du ventre aux médicaments.

Susceptibilité aux médicaments. — Beard avait

déjà établi la susceptibilité des neurasthéniques à l'action des médicaments. Aussi accorde-t-il une très grande valeur aux agents pharmaceutiques dans la thérapeutique de la neurasthénie ; dans sa monographie, il fait même une revue de tous les médicaments qui passent pour agir sur le système nerveux, et *à tous*, il reconnaît une réelle efficacité et certaines indications[1].

« J'avoue, ajoute Bouveret, que je ne partage pas la confiance qu'accorde Beard à cette polypharmacie, et je me range plutôt à l'opinion de M. Ziemssen, lequel recommande, au contraire, la plus grande réserve dans l'emploi des médicaments.

Cette opinion est aujourd'hui classique.

Les médecins ont pourtant les malades contre eux. Bouveret en convient : « Beaucoup de neurasthéniques sont de l'avis de l'auteur américain, ils ont toujours un compte ouvert chez les pharmaciens. Il va sans dire que le remède agit sur l'état mental, bien plus que sur le trouble fonctionnel lui-même » (Bouveret).

Les malades ont toujours tort surtout lorsqu'ils sont névropathes.

Pour nous, la vérité est, que la susceptibilité aux médicaments, qu'a observée Beard, n'est pas spéciale aux neurasthéniques, et qu'elle s'étend à tous les névropathes ; ils sont nombreux parmi les entéroptosés, c'est pourquoi ils nous occupent.

Notre expérience nous porte à croire que le savant praticien qui a attaché son nom à la neurasthénie a bien observé, et que les neurasthéniques ont avec lui raison.

Neurasthéniques et névropathes forment une

1. Bouveret, *Maladies de l'estomac*, p. 433.

catégorie de malades éminemment sensibles à des médicaments, ou plutôt, à des agents dont l'action est, chez eux, hors de proportion avec les effets habituellement observés.

L'observation nous apprend que les odeurs amènent chez eux des céphalalgies, des troubles nerveux, des défaillances; les arômes compromettent la digestion d'un aliment habituellement bien accepté, alors même qu'ils passent pour eupeptiques. Cette susceptibilité se retrouve vis-à-vis des aliments. Nous en avons cité maints exemples. Elle se rencontre dans l'usage des médicaments.

J'ai connu une malade qui n'a jamais pu supporter la moindre quantité d'alcool, un névropathe qui préférait mourir que de respirer de l'éther.

Je sais une femme qui à la suite d'une simple injection vaginale de solution de sublimé au 1/2000 eut de la gingivite et une diarrhée toxique. Son mari a une éruption prurigineuse chaque fois qu'il prend deux milligrammes d'arsenic.

Tous les praticiens ont eu des surprises fâcheuses avec le peu de tolérance que certains sujets présentent à la morphine, à l'atropine, et autres médicaments actifs.

Cette susceptibilité existe encore dans l'action des climats sur les différents sujets.

Depuis que j'observe au bord de la mer, j'ai vu des accidents aigus et immédiats survenus chez des névropathes sous l'influence de l'air marin.

Je sais une religieuse qui est prise de vomissements chaque fois qu'elle arrive à Dunkerque; une jeune fille, bien portante d'ailleurs qui, dès le premier jour, présente de la constipation; un négociant névropathe qui souffre constamment de l'estomac et de l'intestin depuis qu'il habite Dunkerque, et

qui se trouve guéri dès qu'il s'en éloigne. Nombre de nerveux ont, dans les premiers temps, de la céphalalgie ou de l'insommie dès qu'ils vont à la mer.

Voilà toutes les susceptibilités malheureuses qui établissent l'impressionnabilité des névropathes à des agents physiques, alimentaires et médicamenteux qui, dans les conditions ordinaires, ne produisent aucun effet.

Cette sensibilité, avec les inconvénients et les accidents qui en résultent, personne ici ne la conteste.

Pourquoi nous refuser à l'admettre avec Beard et avec les malades, pourquoi ne pas la reconnaître lorsque les sujets accusent un soulagement qui n'est pas en rapport avec les effets ordinaires et la posologie classique des agents médicamenteux?

Nous reconnaissons l'intolérance que certains sujets présentent à quelques médicaments, et, nous l'expliquons par une susceptibilité particulière du sujet.

Pourquoi ne pas la reconnaître dans les heureux résultats que Beard obtient dans sa pratique, et donner ici une autre interprétation qui fait de l'état mental, de l'imagination du malade, le *Deus ex machina* qui décide de l'action thérapeutique des médicaments.

L'influence psychique du médicament n'est certes, ni plus satisfaisante, ni plus clinique comme explication que l'impressionnabilité du sujet.

L'action suggestive des pilules *mica-panis* ne suffit pas à expliquer tous les échecs de Beard et des praticiens avant de trouver un médicament ou une association médicamenteuse qui produisent un heureux résultat, pas plus qu'elle ne peut expli-

quer le succès qui souvent finit par couronner leurs recherches.

L'explication basée sur l'impressionnabilité particulière de l'organisme des névropathes nous paraît bien plus en harmonie avec la pratique.

Sans doute les effets sont hors de proportion avec les doses ou les médicaments prescrits. Mais n'est-ce pas la règle chez les nevropathes de ne garder la mesure en rien.

Et pourquoi ne pas expliquer les bons effets que les malades accusent, comme les fâcheux qui ne sont pas rares, par cette impressionnabilité maladive qui constitue le tempérament même du malade et imprime un caractère et des allures *sui generis* à sa maladie ?

En résumé, dans le traitement pharmaceutique des accidents nerveux de l'entéroptose, les seuls d'ailleurs que nous ayons ici en vue, il y a lieu de s'inspirer du traitement médicamenteux de la neurasthénie tel que le décrit Beard [1], car il est applicable dans toutes les névropathies. On a peut-être trop vite dit : ce sont des névropathes et fermé yeux et oreilles au point de vue thérapeutique. Il y a lieu d'observer et d'écouter les malades sous ce rapport d'un haut intérêt pratique.

Ce sera le moyen de voir si le traitement pharmaceutique de Beard est vraiment fondé, s'il nous faut résolûment l'abandonner, ou, décidément y revenir.

Antisepsie gastro-intestinale. — L'auto-intoxication domine actuellement la pathologie des maladies chroniques ; aussi l'antisepsie gastro-intestinale est une indication qui tient une grande place

1. *Bull. général de thérapeutique*, 30 janvier 1892, t. CXXI.

dans la thérapeutique moderne des affections des voies digestives.

L'usage des antiseptiques chimiques est entré dans la pratique journalière, et, s'il ne fallait, dans l'entéroptose, faire de fortes réserves sur leur emploi, nous dirions simplement de continuer les errements admis en matière d'antisepsie gastro-intestinale.

Mais, tel n'est pas notre avis :

L'antisepsie intestinale se conçoit comme médication symptomatique dans une maladie infectieuse aiguë, où momentanément le foie ne remplit plus ses fonctions d'arrêt et de neutralisation des poisons, et, où il ne faut que gagner du temps pour arriver à la guérison.

Dans les mêmes conditions, elle est également rationnelle dans une affection chronique pour combattre une complication de peu de durée.

Il n'en est plus de même dans l'entéroptose où l'insuffisance hépatique, passée le plus souvent à l'état chronique, n'a par elle-même aucune tendance à la guérison, où l'indication ne consiste plus à gagner du temps, mais à traiter le foie lui-même qui est généralement la cause de la persistance de l'aggravation ou des récidives de la maladie de Glénard.

Il ne faut pas en effet, se méprendre sur le rôle pathogénique des microbes. Comme l'observe Charrin, « ils sont incapables de nuire jusqu'au moment où l'organisme fléchit... On devrait réfléchir que si le microbe est un être vivant qui secrète des produits qui lui confèrent sa nocivité, notre cellule, être également vivant, en fabrique à son tour. » Les toxines, fabriquées par nos tissus, créent bien plus de désordres organiques, surtout

dans les affections chroniques, que les poisons que distillent les microbes; ce sont ces toxines qui vicient les secrétions plysiologiques et *qui créent les diathèses*.

L'indication de traiter le foie et le système digestif, de rendre les secrétions normales, de rétablir les fonctions hépatiques, est bien plus rationnelle, plus urgente, plus complète, que cell d'y suppléer par l'emploi des antiseptiques pharmaceutiques.

Le meilleur moyen d'antiseptiser le tube digestif n'est-il pas de combattre la déchéance de l'organisme qui se montre du côté du foie.

Bouley l'a dit, en effet, avec autant de finesse d'esprit que de raison.

« Le meilleur antiseptique est une bonne santé.»

C'est celui que nous nous appliquons à obtenir. C'est ainsi que le traitement de l'hépatisme prime tous les antiseptiques.

L'expérience apprend que le traitement de l'hépatisme comporte l'usage régulier des purgatifs et aucune médication ne saurait les remplacer.

Préparations laxatives, salines, cholagogues, ou drastiques, n'ont pas en effet simplement pour rôle de faire une besogne d'Hercule chez Augias. Leur fonction doit être autrement comprise et elle est autrement complexe. Nous l'avons dit : non-seulement ils exonèrent l'intestin et régularisent les selles, mais ils suppléent au défaut des secrétions du tube digestif et des glandes annexes, mais leur usage active à la fois la secrétion du suc gastrique, l'antiseptique par excellence de l'estomac, de la bile, l'antiseptique de l'intestin, du suc pancréatique et des liquides intestinaux; par les rétentions qu'ils préviennent, par les secrétions qu'ils amènent, les

laxatifs décongestionnent le système digestif et particulièrement le foie si souvent affecté dans les maladies chroniques, ils suppriment à leur source bien des fermentations, enraient les auto-intoxications, empêchent la formation de diathèse.

On ne peut mettre en parallèle les effets obtenus par les antiseptiques pharmaceutiques dans la thérapeutique gastro-intestinale, et, il faut le reconnaître, ce genre de médication, simplement capable de détruire ou de neutraliser les poisons organiques, répond à une indication d'ordre bien inférieur à l'emploi des purgatifs.

L'antisepsie gastro-intestinale est donc ici une indication que l'usage des laxatifs remplit d'une façon beaucoup plus complète que ne le fait l'emploi des antiseptiques pharmaceutiques ; en un mot, les antiseptiques chimiques ne trouvent pas leur indication dans l'entéroptose.

Cette opinion, qui est celle de Glénard, explique le silence qu'il a toujours gardé sur l'emploi des antiseptiques intestinaux, et que j'aurais moi-même imité, si Poltowicz n'avait sur ce point exprimé un avis contraire.

Le savant clinicien et thérapeute Huchard, examinant l'œuvre scientifique du professeur G. Sée, disait dernièrement qu'elle pouvait se résumer en ces mots : « La thérapeutique sera physiologique ou elle ne le sera pas. » Mais, s'empressait-il d'ajouter, « la thérapeutique physiologique est celle qui s'appuie non seulement sur la physiologie des médicaments, mais aussi sur celle de la maladie et du malade [1]. »

On ne peut parler plus cliniquement.

1. Huchard. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 10 mai 1893.

Ces principes trouvent ici leur complète application.

« A l'état normal, comme dit Mathieu [1] dans une récente étude sur l'antisepsie gastro-intestinale, il se fait dans l'estomac une véritable antisepsie naturelle par l'intermédiaire de l'acide chlorhydrique, ainsi que la chose est démontrée par une série de recherches. »

Ce que l'acide chlorhydrique produit dans l'estomac, la bile et les sucs pancréatiques et intestinaux le font à l'état physiologique dans l'intestin.

Quant cette antisepsie naturelle vient à être insuffisante par modification qualiative ou quantitative des secrétions, tous les efforts thérapeutiques doivent tendre à les ramener à leur état normal.

C'est ainsi qu'il faut comprendre et appliquer le vieil adage clinique : « *quo natura vergit, eò ducendum* » en tendant constamment dans nos efforts thérapeutiques à nous rapprocher du processus physiologique.

L'antisepsie gastro-intestinale par les produits pharmaceutiques n'a rien de ces tendances.

L'antisepsie intestinale à l'aide des purgatifs, que les médecins ont, comme l'observe Mathieu, fait longtemps sans le savoir, est au contraire une thérapeutique vraiment physiologique et sera, croyons-nous, dans les affections chroniques des voies digestives, la thérapeutique de l'avenir. L'opinion de la science s'est déjà refaite sur la matière peccante.

Il n'est pas douteux que, dans la suite, l'expérience laissera les antiseptiques intestinaux pour

1. *L'antisepsie gastro-intestinale*, par Mathieu. (*Gaz. des hôpitaux*, 11 et 13 mai 1893.

revenir à la médecine traditionnelle des laxatifs, du moins dans les affections de longue durée.

« Comme l'observe Daremberg, le sentiment populaire, écho fidèle des traditions antiques a eu plus d'une fois raison contre les nouvelles théories médicales. Il l'a eu pour la phtisie que depuis longtemps il déclarait contagieuse. »

Il l'a encore quand il s'agit de l'emploi des purgatifs dans nombre de maladies de la nutrition qui reconnaissent pour cause une déchéance hépatique. *Multa renascentur quæ jam cecidere.*

Rôle du médecin. — Parmi les indications secondaires, mais grosses d'importance, du traitement de la déséquilibration abdominale, il en est une qu'il faut encore mettre en relief, c'est le rôle du médecin.

Il est certain qu'on ne peut dire de l'entéroptose ce qu'on a dit de la neurasthénie « qu'elle est améliorée ou guérie bien plus par le médecin que par la médecine elle-même » (Bouveret). Mais le rôle du médecin est vraiment capital dans l'entéroptose. Il s'agit de surveiller un traitement compliqué, de remonter le moral d'un malade qui est dans un état psychique souvent déplorable, qui a renoncé presque à la santé, tant il est convaincu que tous les efforts de la médecine sont inutiles. Et, cet état d'âme le rend d'autant moins soucieux de remplir les multiples indications du traitement.

Ces considérations montrent tout ce qu'en pratique il faut de prudence et de fermeté, de jugement et de tact, pour entreprendre et diriger de tels malades.

Quel que soit le degré auquel le médecin réunisse ces qualités, il ne peut réussir dans sa tâche qu'à condition de faire des *visites fréquentes.*

Glénard le dit d'une façon formelle.

« Un point très important, c'est que le médecin, surtout s'il intervient à une phase déjà avancée de la maladie, se convainque vite qu'il rendra incomparablement plus de services à son malade en le voyant tous les jours pendant trois ou quatre semaines, que toutes les semaines pendant un ou deux ans. Pendant les premiers jours du traitement, chaque repas, chaque nuit, chaque garde-robe apportent leur enseignement sur la marche à poursuivre, sur la voie à éviter. Il s'agit de malades bien fondés à douter de la médecine qui, depuis des années, tâtonne visiblement et varie dans le diagnostic et le pronostic de leurs souffrances, et en vain lutte contre leurs misères. Il s'agit de malades bourrés de préventions contre la sangle qu'on applique dans une région où ils n'ont jamais souffert, et qui, par sa compression va aggraver leurs malaises; contre les laxatifs, qui leur ont toujours été nuisibles, et qui ne manqueront pas de les irriter ou de les affaiblir; contre les alcalins et surtout contre la cure de Vichy, qui, le leur a-t-on fait croire, sont une arme à deux tranchants et vont leur appauvrir le sang; contre les aliments comme la viande et les œufs, qui vont les échauffer et exaspérer leurs douleurs; contre la suppression du vin, qui seul les soutenait un peu, etc, etc.

« Il faut donc, pour prévenir les défaillances et redresser les incartades des premiers jours d'un traitement *dont les résultats doivent être de suite décisifs et encourageants*, il faut toute l'assiduité, toute l'autorité d'un médecin qui sait ce qu'il veut et pourquoi il le veut. Et il n'y aura pas d'autre phénomène de suggestion à invoquer pour expliquer le succès, que celui de l'obéissance scrupu-

leuse, obtenue par un médecin énergique et patient, dans l'exécution de prescriptions imposées par la nature même de la maladie, et dont le malade ne pourrait s'écarter sans voir sa guérison de nouveau compromise [1] ».

De la subordination des indications secondaires. — Les indications secondaires s'imposent souvent avec un caractère si impérieux, les souffrances de l'organisme auxquelles elles répondent, réclament un soulagement tellement immédiat, que, dans la clientèle journalière, le praticien est, comme nous l'avons dit, fréquemment porté à donner le pas au traitement symptomatique sur la thérapeutique pathogénique de la déséquilibration abdominale.

C'est tantôt l'estomac, tantôt la tête, tantôt le système nerveux qui, par leur état de souffrances, dominent la scène, et l'on croit aller au plus vite en répondant à ces indications urgentes.

Là est précisément l'erreur.

Le fait qui l'établit de la façon la plus évidente, c'est l'inanité de tous les traitements jusqu'au jour où le diagnostic vrai est porté, et où, par conséquent, le traitement complet de l'entéroptose est institué, c'est, encore après tous les efforts thérapeutiques, le classement de ces malades parmi ceux dont la maladie s'use avec le temps. Si cette expérience, souvent personnelle pourtant, ne suffit pas pour entraîner la conviction, le traitement lui-même de l'entéroptose en donne vite la preuve. Il faut bien le retenir.

La thérapeutique des indications secondaires de l'entéroptose reste presque sans effet quand elle n'est pas secondée par la thérapeutique des indications fondamentales.

1. Glénard, *Traitement de l'entéroptose.*

Imposez à votre malade ceinture, régime, laxatifs, alors le traitement spécial de ses troubles dyspeptiques ou nerveux portera des fruits.

Mais, ne faites pas l'expérience contraire qui serait douloureuse et inutile.

La *subordination* des indications secondaires aux indications principales, est la caractéristique, comme la condition, d'efficacité du traitement symptomatique des troubles divers de la déséquilibration abdominale.

Comme le dit Glénard, « il est évident que lorsque, au cours de la maladie, se présentent les indications de l'hydrothérapie, des amers, des acides, des frictions, du massage intestinal, de l'électricité, du lavage de l'estomac, de l'isolement du milieu, du changement d'altitude ou de climat, des narcotiques, des pointes de feu, etc., il est évident qu'on rendra service au malade en répondant à ces indications, mais, à la condition expresse qu'on ne donnera à ces moyens qu'une place secondaire, accessoire, et qu'on ne négligera à aucun prix l'exécution rigoureuse des préceptes cardinaux de la médication. »

Le premier secret du succès est de répondre à toutes les indications à la fois, le deuxième de suivre le malade de fort près, enfin, dit Glénard, le troisième secret, est de croire à l'entité de l'entéroptose, puis, une fois le diagnostic posé, d'avoir toujours présentes à l'esprit les indications fondamentales, et, armé de confiance, de logique et d'énergie, d'aller de l'avant ! »

Nos observations donneront par la suite des preuves multiples de la nécessité de ces conditions de traitement « *Ars tota in indicationibus* » comme se plaît à le dire Huchard.

Le mot est vrai, mais incomplet, car il ne signale pas la réelle difficulté de la pratique qui est la subordination des indications.

C'est surtout lorsqu'il s'agit du traitement de l'entéroptose que cette lacune paraît évidente: aussi pour résumer ce traitement nous ne pouvons, croyons-nous, mieux faire que de reprendre l'adage ancien, pour le compléter en disant :

Ars tota in indicationibus subordinatis.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DIATHÉSIQUE

La préoccupation de la genèse des malades, c'est là, dit Bouchard, ce qui caractérise notre époque médicale.

C'est cette idée, dirigeant les recherches de Glénard dans l'entéroptose et lui faisant approfondir la pathogénie de cette maladie, qui a fait voir au médecin de Vichy dans un mauvais fonctionnement du foie, tantôt la cause (entéroptose secondaire), plus souvent la conséquence de la déséquilibration abdominale, en même temps que la tare presque constante qui décidait de la forme et de l'évolution, de la gravité et de la dureté de l'entéroptose.

Nous l'avons dit, et, nous le répétons :

L'entéroptosé est un déséquilibré du ventre habituellement doublé d'une tare héréditaire ou acquise.

Mais, cette tare n'est pas nécessaire et n'a pas toujours le foie pour siège.

En effet, la tare si fréquente qu'elle soit dans l'entéroptose, n'est pas constante. La forme asthénique, n'est souvent qu'un simple prolapsus des

organes splanchniques, où la déséquilibration abdominale constitue toute la maladie. Ce sont ces cas que Glénard range dans le premier degré de l'entéroptose.

Il en est assez fréquemment de même dans la forme entasique.

Nous ne voulons d'autres preuves de la réalité de ces variétés d'entéroptose dégagées de tare diathésique, que les observations nombreuses de dyspepsie entasique publiées par Coutaret (de Roanne), et que les faits de guérison si probants relatés dans les deux études de Trastour sur la déséquilibration abdominale.

Ces exemples d'entéroptose sans tare hépatiqne, ne sont pas eux-mêmes sans réplique.

Le traitement hépatique en effet, se compose, comme nous le verrons, de trois éléments, le régime, les laxatifs et les alcalins.

Les deux premiers éléments sont communs au traitement de la déséquilibration abdominale, et il se peut très bien que, lorsque le foie est légèrement atteint, comme au premier degré de l'entéroptose, le régime et les laxatifs suffisent pour le ramener à son fonctionnement normal.

En traitant le déséquilibré du ventre, on atteint l'hépatisme, on fait coup double, et le résultat qu'on cherche peut très bien masquer celui qu'on obtient sans le viser.

Il n'est donc pas rigoureusement exact de dire que, dans ces cas, il n'y a pas de traitement hépatique puisque, du traitement de l'hépatisme, il n'y a que les alcalins qui ne soient pas employés.

Cette explication donnée et ces restrictions faites, il faut, d'une façon générale, revenir à notre définition de l'entéroptose et admettre, avec Glénard,

dans cette maladie une déchéance de l'organisme.

Cette déchéance ne se manifeste pas seulement dans le fonctionnement du foie ; elle peut avoir le système nerveux uniquement pour siège.

Dans l'un et l'autre cas, elle constitue une diathèse, en d'autres termes un tempérament morbide. C'est ce tempérament morbide, cette imprégnation, ou plutôt, cette dégradation de tout l'organisme par un mauvais fonctionuement du système nerveux ou du foie, que nous voulons mettre en relief en donnant à son traitement le nom de *traitement diathésique*.

La *tare névropathique* est souvent une tâche héréditaire ; elle se trouve dans l'entéroptose à tous les degrés, depuis la forme nerveuse légère jusqu'à la forme névropathique plus grave, et même la forme neurasthénique.

Autant, toutefois, l'hérédité favorise l'éclosion de ces formes multiples, autant aussi, il est vrai, l'entéroptose elle-même en favorise le développement ; elle peut même, si l'on en croit Glénard, les créer de toutes pièces.

Aucune maladie ne réunit mieux les conditions de terrain requises pour produire l'excitabilité du système cérébro-spinal et détruire l'harmonie des fonctions nerveuses.

La tare hépatique reconnaît également cette double origine.

L'arthritisme, si fréquent dans les antécédents héréditaires, n'est, d'après l'observation de Glénard, que de l'hépatisme, c'est-à-dire la manifestation d'un mauvais fonctionnement du foie.

La tare hépatique n'est pas seulement le fait de l'hérédité, elle est également acquise ; l'étiologie

des maladies du foie prouve assez la variété de ses origines.

Dans l'entéroptose, en particulier, la cause qui produit de toutes pièces la tare hépatique, ou qui l'aggrave, quand elle existe déjà, c'est l'influence fâcheuse que la maladie de Glénard, déjà ancienne, exerce sur la nutrition par les auto-intoxications chroniques qu'elle engendre.

Cette influence est encore plus considérable lorsque la nature de la maladie est méconnue.

Enfin, il n'est nullement rare que les deux tares se trouvent réunies chez le même sujet. Les liens de parenté qui existent entre la névropathie et l'arthritisme, l'influence pathogénique de l'entéroptose sur le développement de ces états morbides, expliquent la fréquence relative de cette concomitance.

Parmi ses malades triés de Vichy, Glénard a si fréquemment constaté la tare hépatique qu'il n'hésite pas à faire du traitement de l'hépatisme une indication fondamentale du traitement de l'entéroptose.

« Nous croyons, dit aussi Roux [1] (de Lausanne), qu'il faut aller plus loin dans cet ordre d'idées (les rapports, bien étudiés par Weisker, de la mobilité du rein avec les maladies du foie), et admettre également un rôle important de la part de la ptose en général dans la production de la lithiase biliaire, et dire qu'avec la néphrotose, la maladie de Glénard ou planchnoptose est en rapport de cause à effet *dans beaucoup de cas* avec la formation de calculs biliaires. »

Un argument important en faveur de cette manière de voir, c'est que la nosographie de l'enté-

1. Roux. *Cholécystotomies idéales; cholécystectomie. Ptose et lithiase.* (*Revue méd. de la Suisse de Romande*, 20 oct. 1891, p. 626.)

roptose a été trouvée à Vichy, c'est-à-dire dans un domaine de maladies où le foie joue un rôle important ; c'est d'après les observations d'un médecin de Vichy qu'a été bouleversée de fond en comble l'histoire de la néphroptose dont la parenté est si étroite avec l'entéroptose. En trois ans et parmi ses hépatiques, Glénard a trouvé à lui seul la moitié autant de reins mobiles que toutes les statistiques réunies en comptaient depuis Rayer. Depuis ses travaux, le rein mobile qui était une rareté clinique est devenu une « maladie de tous les jours » ; son diagnostic, sa pathogénie, son traitement, sa symptomatologie ont été complétement remaniés. Glénard a donc pu se croire autorisé à écrire que le syndrôme fondamental de la néphroptose et, par extension, de l'entéroptose était un syndrôme hépatique et que l'apparence névropatique, seule envisagée jusque là, était une modalité de trouble fonctionnel du foie.

Aussi, pour en revenir à l'entéroptose, à son avis tous les entéroptosés sont des hépatiques dès qu'ils arrivent à la seconde période. S'ils ne l'étaient pas primitivement, ils le sont devenus secondairement; le mauvais fonctionnement de leur foie est, comme nous venons de le dire, l'œuvre de l'entéroptose.

Le genre de malades, que la clientèle spéciale de Vichy fait passer si nombreux devant les yeux de Glénard, devait l'amener à cette conclusion. Nous ne croyons pas que l'observation, faite sur une plus vaste échelle, confirme cette manière de voir, tant que du moins l'on n'aura pas admis les rapports étroits que proclame Glénard entre le nervosisme et l'hépatisme. Avec Glénard, nous reconnaissons chez les entéroptosés des troubles fréquents du côté du foie; mais, à notre avis, et

comme le pense également Trastour, le traitement de la déséquilibration abdominale en a souvent raison, tandis que Glénard n'admet la suffisance du traitement que pour la première période.

La clinique thérapeutique établit d'ailleurs que l'indication du traitement hépatique n'est pas fondamentale, à moins qu'on n'admette avec Glénard que l'indication urgente des laxatifs et du régime soit d'origine hépatique. En tout cas, elle ne paraît pas avoir, en ce qui concerne les alcalins, ce caractère de nécessité que présentent les trois indications fondamentales de la déséquilibration abdominale. On ne peut guérir d'entéroptose sans se soumettre *à la fois* au traitement par le régime, les laxatifs et la ceinture. Nombre de malades guérissent sans l'usage des alcalins. Dans ces conditions, le traitement par les alcalins ne saurait être rangé dans les indications essentielles de l'entéroptose et, à moins que la participation du foie ne soit manifeste par les symptômes classiques du trouble de cet organe, on pourra attendre avant d'administrer les alcalins. Ces réserves faites sur la portée du traitement diathésique, il nous reste à étudier le traitement de la tare hépatique et de la tare nerveuse.

I. Traitement de la tare hépatique. — L'hépatisme, c'est-à-dire, « cet état diathésique créé et entretenu par le passage à la chronicité d'une perturbation fonctionnelle du foie » (Glénard) reconnaît pour traitement, le régime, les laxatifs et l'usage des alcalins.

Nous avons vu en détail les deux premiers points de thérapeutique qui sont communs au traitement de la déséquilibration abdominale. Le dernier, seul, appelle quelque développement.

L'usage des alcalins est si nécessaire dans le traitement de l'entéroptose doublée d'une tare hépatique, que Glénard le place, comme nous l'avons vu, parmi es indications fondamentales de l'entéroptose.

« La seule action profonde, durable, à longue portée qu'on puisse, dit-il, attendre de l'intervention des alcalins dans le traitement de l'entéroptose, sera réalisé par la cure des eaux minérales bues à la source; bien que l'explication soit impossible encore à fournir scientifiquement et que ce soit une conclusion simplement empirique, il est certain que les eaux médicamenteuses bues à la source ont une action toute différente de l'action, soit de ces mêmes eaux transportées, soit des substances qu'elles tenaient en dissolution.

« A la première période de l'entéroptose conviennent les sources minérales froides, soit les sources de Vals, soit les sources froides (Lardy, Lucas, Célestins, Mesdames) de Vichy.

« L'entéroptose à sa seconde, à sa troisième période, est peut-être la plus remarquable indication de Vichy : c'est à Vichy qu'on trouve le plus grand nombre de ces malades à la fois : à eux seuls ils forment le quart, presque le tiers, d'après ma statistique, des malades qui sont envoyés à cette station... L'efficacité des sources chaudes de Vichy réside surtout dans leur action lente, mais à longue portée, sur les sécrétions hépatique et intestinale, toujours troublées dans l'entéroptose à partir de sa deuxième période.

« Les degrés croissants d'énergie dans l'administration des alcalins consistent, dans l'entéroptose, non pas à en élever les doses, mais à en prolonger l'usage : la dose de 2 grammes de bicarbonate de soude par repas ne sera pas utilement dépassée.

En ce qui concerne la cure de Vichy, la boisson quotidienne ne doit pas dépasser un demi-litre, parfois 750 grammes en doses fractionnées. La durée de la cure sera de 20 jours dans la deuxième période, de 30 jours dans la troisième; deux cures à une année d'intervalle sont nécessaires et suffisantes le plus souvent pour l'entéroptose arrivée à sa deuxième période; il en faut au moins trois pour celle qui a atteint la troisième période.

« La source de la Grande-Grille est celle qui convient dans la deuxième période de l'entéroptose ; pour la troisième période, il faut s'adresser à la source de l'Hôpital, pendant la première cure, et à la Grande-Grille, pendant les suivantes.

« Les jours critiques de la cure sont, par ordre de fréquence et de gravité, le 12e, le 8e, le 4e, le 18e, le 16e, le 22e jour. Si l'entéroptose est grave, le médecin de Vichy devra surveiller ces échéances qui peuvent se traduire, soit par des coliques (pseudo-hépatiques), soit par de la diarrhée, soit par du découragement ou une vraie panique (12e jour). Au reste, que ce soit à Vichy ou ailleurs, on ne peut rien faire d'une entéroptose grave, si on ne la surveille de fort près.

« Les malades doivent être prévenus d'une crise possible, six semaines après leur retour des eaux et au printemps suivant; ils sauront, quelle que soit l'amélioration obtenue, que la cure de Vichy ne les dispense, au moins pendant l'année qui suivra, d'aucune des prescriptions que leur médecin habituel aura formulées contre leur entéroptose.

« Il est évident que je ne puis avoir donné, dans le rapide exposé qui précède sur la cure de Vichy, qu'une très générale indication. Il est peu de maladies aussi protéiformes que l'entéroptose, et dans

lesquelles on doive, par conséquent, autant individualiser, et l'on admettra sans peine que cette individualisation soit respectée, surtout dans la direction d'une cure à Vichy, où le choix, la combinaison des sources, la dose, l'heure d'administration, l'adjonction d'un traitement externe qui, en général, est l'hydrothérapie, doivent être discutés, pour chaque cas, par le médecin traitant[1]. »

Telle est la pratique de Glénard.

Pour les médecins qui ne connaissent, ni la station thermale, ni ses usages, il est un point sur lequel il importe d'insister, c'est que les eaux alcalines sont toujours prises en dehors des repas. A Vichy, où les eaux minérales sont à profusion, les malades n'en usent presque jamais en mangeant. Les médecins ne les conseillent pas. Les heures habituellement prescrites pour prendre le demi-verre ou le verre d'eau sont une demi-heure avant le repas, ou, trois ou quatre heures après, c'est-à-dire lorsque la digestion gastrique normale devrait être terminée.

L'action immédiate de cette eau a des effets eupeptiques que le praticien, qui ne l'a pas constaté, sur place, ne peut se représenter en prescrivant autour de lui des eaux alcalines.

Il y a dans ces effets si rapides, comme dans l'action à longue échéance que Glénard faisait tantôt ressortir, un secret qui nous échappe et qu'il faut reconnaître.

L'expérience nous fait constater de ces faits dont on ne peut comprendre la nature, mais dont on ne doit pas plus méconnaître la réalité que laisser échapper les utiles enseignements.

La cure de Vichy présente donc une double ac-

1. Glénard, *loc. cit.*, p. 28 et 29.

tion, à savoir une action lente et durable sur l'hépatisme, action que Glénard range parmi les actions subtitutives, et, une action rapide presque immédiate sur les troubles digestifs.

L'absorption de l'eau de Vichy à jeun, comme c'est l'usage à la station thermale, paraît produire cette double action.

Dans la pratique, les médecins doivent en tenir compte et s'efforcer de se rapprocher de cette manière de faire quand ils ne peuvent envoyer leurs malades aux eaux. Dans tous les cas, et, suivant le conseil de Glénard, comme il n'y a rien de mathématique en clinique, on n'aura recours à la cure de Vichy que si le traitement de l'entéroptose à domicile est inefficace.

Ce qu'il importe de savoir, c'est que c'est une ressource à ne pas oublier. La pratique décidera.

L'absorption de l'eau de Vichy, à domicile, ou des alcalins en mangeant ou après le repas, paraît dans la pratique actuelle n'être appelée à intervenir que dans le chimisme stomacal, en d'autres termes, ne présenter qu'une action locale eupeptique et antifermentescible.

Les hautes doses de 12,20 et même 30 gr. d'alcalins par 24 heures que Huchard donne dans l'hyperchlorhydrie semblent confirmer cette manière de voir.

L'importance du traitement de la tare hépatique et de la différente action entre le bicarbonate de soude et la cure de Vichy est, tout entière, dans ce fait d'observation pure, que les entéroptosés de date ancienne, de même que les lithiasiques, n'arrivent à une guérison durable qu'en se soumettant au traitement par la cure alcaline à la source même.

Glénard est formel sur ce point :

« Chez les malades atteints d'entéroptose confirmée, que j'ai soignés à Lyon avec mes confrères en surveillant avec le plus grand soin l'exécution rigoureuse des quatre règles fondamentales du traitement, sauf la cure à Vichy, je n'ai pu encore obtenir des résultats aussi décisifs, aussi complets, aussi durables que ceux que j'ai observés à Vichy chez des malades identiques. »

C'est d'une part la fréquence des rechutes, et, de l'autre, leur disparition par la cure de Vichy, qui ont, pour une large part, dû contribuer à faire ranger par Glénard l'alcalinothérapie parmi les indications fondamentales de l'entéroptose.

De fait, l'usage des alcalins, je dirai plus, le traitement thermal est très fréquemment une indication capitale dans le traitement de l'entéroptose, et le plus souvent la durée, la solidité de la guérison en dépendent.

Aucune considération ne peut mieux faire valoir l'importance du traitement de la tare hépatique, mieux affirmer l'influence hépatique sur la marche de l'entéroptose, et indiquer la large place qu'il faut souvent faire aux alcalins dans le traitement de la maladie de Glénard.

La tare hépatique comporte souvent des indications secondaires. C'est ainsi que d'une façon générale les malades de Vichy sont soumis à des pratiques hydrothérapiques.

La tare névropathique, qui ne s'allie que trop souvent à la tare hépatique, justifie encore davantage cette intervention qui agit à la fois sur le système nerveux, le foie et la nutrition générale.

II. — TRAITEMENT DE LA TARE NÉVROPATHIQUE. — Le traitement de la tare névropathique entre dans

la thérapeutique générale des manifestations névropathiques.

L'hydrothérapie, l'électricité, la massothérapie, les divers éléments de la méthode de Weir-Mitchell mis à profit et diversement appropriés suivant les conditions et les particularités du système nerveux, l'hygiène spéciale qui convient aux névropathies, le traitement pharmaceutique avec les effets inespérés et inexpliqués qu'on obtient parfois d'agents réputés anodins, telles sont les principales ressources de la thérapeutique contre la tare névropathique.

Notre tâche ici consiste bien plus à les énumérer qu'à en faire ressortir la valeur, et à montrer tout le parti qu'on peut, par d'heureuses associations, tirer de ces divers éléments de traitement dans la pratique journalière. C'est ainsi du moins que nous le comprenons chez cette classe de malades le plus souvent bizarres, sans énergie, ni volonté ; l'état mental du sujet est souvent un écueil grave de la pratique.

L'influence morale du médecin joue un rôle considérable, et nous ne saurions trop longtemps arrêter sur ce point l'attention du praticien, bien que nous l'ayons déjà traité dans la thérapeutique de l'entéroptose en général. On ne saurait croire tout le tact et l'habileté qu'il faut apporter dans le soin de ces malades, et tout le mal qu'on peut leur faire lorsque dans la direction du traitement on n'apporte pas ces qualités.

Comme l'observe Weill « généralement on est tenté de considérer les névropathes comme des malades un peu simulateurs, on affecte de prendre leurs récits pour des fantaisies de leur imagination, on les traite de nerveux, et on s'imagine que tout

est dit. Malheureusement beaucoup souffrent d'être ainsi traités et on peut dire méconnus; car si l'imagination joue un grand rôle dans leur maladie, il n'en est pas moins vrai que souvent cette dernière repose sur des sensations réelles, que des suggestions inconscientes sont venues plus tard amplifier et détourner de leur véritable signification. Il faut au contraire gagner la confiance de ces malades et, pour arriver à ce but, il n'est pas de moyen plus sûr que de les écouter patiemment, de compatir à leurs souffrances, en un mot, de les prendre au sérieux[1]. »

Il faut, dans les formes névropathiques de l'entéroptose, également toujours prendre ses malades au sérieux, et tenir compte de leur état d'esprit.

A cette fin, instituez le traitement de la déséquilibration abdominale, en attachant de l'importance aux plus minutieux détails pour gagner leur confiance, frapper leur esprit, en un mot, réalisez par la parole et le traitement cette bienfaisante action suggestive que l'école de Nancy a établie si efficace chez les névropathes.

La suggestion sous le sommeil n'est certes pas indiquée ici, mais celle qui l'est certainement est « la suggestion active, d'entraînement, qui consiste à incarner pour ainsi dire la suggestion dans un fait matériel, manipulation, frictions, massage et surtout par les médicaments anodins... Comme l'observe Weill, le sommeil n'est pas toujours nécessaire pour la réalisation d'une idée suggérée. Sans doute il le favorise, mais il n'en est pas une condition essentielle ; beaucoup de personnes sont

1. Weill, *Des neurasthénies locales.* (Thèse, Nancy 1892.)

très suggestibles à l'état de veille tout en étant réfractaires à l'hypnose [1]. »

La suggestion est un moyen si puissant et si simple, qu'il méritait cette importante mention qui a plus de portée pratique que l'exposé des multiples ressources de la médication névropathique.

Après la lecture de l'ouvrage de Bouveret[2], qui vient de paraître, je ferai les observations suivantes :

La médecine moderne doit être pathogénique, comme la thérapeutique qui en dérive.

Bouveret, dans son chapitre sur l'entéroptose, a négligé d'exposer ce côté si important de la question.

L'entéroptose est une affection qui puise surtout son degré de gravité dans les conditions de terrain soit héréditaires, soit acquises, que présente le sujet. Nous l'avons assez dit pour ne plus y revenir : c'est parfois une faiblesse congénitale des tissus fibreux et musculaires lisses, c'est le plus souvent ou l'hépatisme ou le tempérament névropathique qui décident la forme, la marche, et la gravité de la maladie. Ce sont également ces facteurs qui doivent décider du traitement. Bouveret n'a pas suffisamment mis en lumière cette influence de terrain qui est pourtant considérable. C'est, faute d'être guidé par cette notion pathogénique que, dans le traitement de l'entéroptose, il s'écarte quelque peu des idées de Glénard et ne considère ni les alcalins, ni les laxatifs, comme remplissant des indications fondamentales.

Si l'entéroptosé avait été pour lui un sujet habituellement doublé d'une tare hépatique ou

1. Weill, *loc. cit.*, p. 89.
2. Bouveret, *Maladies de l'estomac*, 1893.

névropathique, soit primitive, soit secondaire, il eût plus facilement admis ce principe, que les alcalins et les laxatifs doivent être à la base du traitement de la maladie de Glénard.

Chez l'homme au foie malade comme chez le névropathe d'ancienne date, qui souffre de troubles dyspeptiques et de constipation liés à l'entéroptose, et, à la longue, de troubles hépatiques secondaires, chez l'un comme chez l'autre, Vichy, les alcalins, les laxatifs, sont encore les moyens les plus sûrs d'arriver à la guérison. Aussi, dans le traitement de l'entéroptose, surtout si elle est déjà éloignée de son début, ces indications sont-elles aussi fondamentales que celles du régime et de la sangle pelvienne, et constituent-elles la condition du succès durable du traitement.

L'usage de ces moyens reste toujours en rapport avec le plus ou moins d'urgence ou d'importance que les indications présentent dans chaque cas particulier, mais les quatre indications sont réelles.

La lecture des observations qui vont suivre et du traitement des différentes formes de l'entéroptose, va d'ailleurs montrer comment, en clinique, les divergences s'effacent et comme il est nécessaire, dans cette difficile étude du traitement de la maladie de Glénard, de faire de la thérapeutique appliquée.

QUATRIÈME PARTIE

OBSERVATIONS ET TRAITEMENT SPÉCIAL DES PRINCIPALES FORMES DE L'ENTÉROPTOSE

Le meilleur cadre qui convienne, croyons-nous, à cette importante partie de notre travail, toute faite d'observations, est, à propos des faits qui la constituent, de donner, chemin faisant, au risque même de faire quelques redites, le traitement spécial des principales formes cliniques de la maladie de Glénard.

Ce sera l'application immédiate de la thérapeutique de l'entéroptose, dont nous venons de fixer les principes et les indications, en même temps que l'étude des malades venant compléter l'étude de la maladie.

Les formes cliniques, que nous avons décrites, sont loin de répondre aux nombreuses variétés qui se rencontrent dans la pratique.

C'est pourquoi, après avoir cité des faits typiques, nous donnerons séparément, sous la désignation de *formes mixtes*, un certain nombre d'observations que nous ne pourrions ranger parmi les types classiques, et nous terminerons par quelques exemples d'entéroptose masculine.

CHAPITRE I

OBSERVATIONS DE LA FORME ASTHÉNIQUE DE L'ENTÉROPTOSE ET SON TRAITEMENT

Le traitement de la forme asthénique de l'entéroptose comprend, comme celui de la thérapeutique générale de la maladie de Glénard :

1° Le traitement de la déséquilibration abdominale.

2° Le traitement diathésique.

L'intérêt pratique consiste à voir dans quelle mesure l'un et l'autre de ces traitements doivent être appliqués.

Le *traitement de la déséquilibration abdominale* avec ses trois indications fondamentales, laxatifs, régime, ceinture, trouve ici son application, mais il est institué avec les adoucissements que comporte le caractère bénin de l'entéroptose.

Aussi est-il facilement accepté dans la pratique.

Les malades comprennent l'usage régulier des *laxatifs* ; souvent même il est déjà entré dans leurs habitudes, convaincus qu'ils sont, d'après leur propre expérience, des bons effets de ce moyen de traitement.

Quand le sujet a un laxatif de prédilection, il ne faut pas contrarier son choix, mais n'exiger qu'une chose, une bonne selle par jour.

Lorsqu'il n'a pas l'habitude des laxatifs, il faut le convaincre de leur utilité, et sans retard les lui faire prendre.

S'il accepte volontiers les laxatifs salins, sur le conseil de Glénard ne manquez pas de leur accor-

der la préférence, car ils activent les sécrétions digestives mieux que tout autre laxatif.

Si le sel répugne, n'insistez pas, car, dans cette forme légère de l'entéroptose, le genre de purgatifs passe au second rang, l'essentiel est le résultat qu'ils donnent ; conseillez alors les thés purgatifs, les pilules laxatives, et variez vos prescriptions jusqu'à ce que vous ayez trouvé une préparation bien acceptée.

Le laxatif n'est pas dans tous les cas nécessaire tous les jours, mais il l'est au moins tous les deux jours. Ce qu'il importe c'est d'obtenir naturellement ou artificiellement une selle quotidienne, et, pour y arriver on peut, concuremment avec les laxatifs, user de grands lavements simples ou médicamenteux, de petits lavements glycérinés, du massage ou de tout autre moyen.

Le *régime* est particulièrement simple dans les formes asthéniques de l'entéroptose où l'affection reste au début de la première période au point de vue des aptitudes digestives.

Aussi l'échelle de digestibilité subjective ne présente pas l'intérêt si pratique qu'elle offre dans d'autres formes.

Il suffit en général d'éviter les aliments notoirement indigestes, tels que les acides, les crudités, les corps gras, le vin et le lait, ou même d'en user avec précaution.

Souvent même on rencontre des malades qui ne font aucune attention à la composition de leurs repas. Elles prennent toute sorte d'aliments, sentent peut-être leurs digestions, mais n'en souffrent pas assez pour en tenir compte et vouloir s'imposer des privations.

Le fait paraît étrange dans une maladie où le

régime tient habituellement une grande place ; il s'explique pourtant parfaitement.

Comme nous l'avons dit en effet, l'entéroptosé à forme asthénique n'est souvent qu'un simple déséquilibré du ventre, il n'a que du prolapsus des organes splanchniques ; et, quand ce prolapsus existe chez des gens qui ne présentent ni tare hépatique, ni tare nerveuse, il ne retentit que très peu sur les fonctions digestives. Il se fait chez eux, comme dit Glénard, une sorte de compensation. C'est précisément ce qui se rencontre dans la clientèle journalière, qui nous montre la forme asthénique comme étant l'apanage presque exclusif de la classe ouvrière où ces tares sont relativement peu fréquentes.

Dès, au contraire, qu'il existe un état diathésique, il n'en est plus de même et, alors, il faut pour instituer le régime, s'en rapporter à l'échelle de digestibilité subjective.

La *ceinture* est, dans la forme asthénique, le point du traitement qu'il faut surveiller de plus près, car le résultat de toute votre thérapeutique en dépend.

Il faut le faire avec d'autant plus d'attention, que souvent les malades ont déjà porté des ceintures dont elles ont tiré peu de bénéfice ; et cette fâcheuse expérience qui n'est pas de nature à leur inspirer confiance, ne leur fait pas attacher au port de la ceinture l'importance qu'il mérite.

Cette importance est vraiment décisive. Récemment encore, je transformais en quelques jours une malade à qui je prescrivais simplement une ceinture, parce que, par ailleurs, son traitement était celui de la déséquilibration abdominale.

Ce fait, qui n'est pas isolé dans ma pratique, se

rencontre assez souvent dans la clientèle journalière, car nombre d'entéroptosées méconnues prennent des laxatifs et observent un régime; en d'autres termes, suivent, et sans résultats, un traitement auquel il ne manque qu'une vraie ceinture pour qu'à brève échéance il amène la guérison.

Quand la malade ne peut faire la dépense d'une ceinture élastique, appliquez-vous vous-même à diriger la confection d'une ceinture élastique à bords parallèles recouvrant franchement les hanches et non découpés à ce niveau comme font les couturières.

Dernièrement j'ai eu, en pareille circonstance, l'idée de terminer la ceinture par des boucles et des attaches semblables à celles d'une ceinture de gymnastique. Grâce à cette disposition, la malade pouvait serrer la ceinture de bas en haut avec l'inégalité voulue. Des cordons attachés à la ceinture au niveau de la partie antero-externe des cuisses et allant se fixer aux bas qu'ils maintiennent à la façon de jarretelles, empêchaient la ceinture de remonter.

Je cite ce cas, car c'était la première fois que j'arrivais à faire fabriquer, par la malade elle-même, une ceinture en flanelle vraiment bonne. Le résultat immédiat fut excellent.

Mais quinze jours plus tard, ma malade retombait. Je pensais aussitôt à la ceinture, je la remplaçais par une ceinture élastique, tous les malaises disparurent, et depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie.

Ce fait m'a définitivement guéri de l'envie de faire confectionner les ceintures par les malades. Je la comprends pourtant chez ceux qui, comme Trastour, ont mieux réussi que moi.

Je voyais encore ces jours derniers une jeune

femme souffrante depuis deux ans d'une faiblesse générale, de douleurs de reins, de constipation habituelle, et de malaises dans le ventre; elle me disait que l'usage de la ceinture l'avait transformée; elle ajoutait même que c'était le seul point de mon traitement qu'elle eut suivi, car elle allait tellement bien qu'elle avait jugé mes autres prescriptions superflues [1].

Guibout avait déjà vu le bien fondé de la ceinture, sans toutefois se rendre compte de la façon dont elle pouvait agir, et la prescrivait presque systématiquement à toutes ses malades, souffrant du ventre, qu'il traitait pour des affections utérines.

Un confrère et ami, le Dr Gars (de Saint-Valéry-sur-Somme), me disait dernièrement que par ce simple moyen, il avait plusieurs fois déjà rendu la santé à des malades atteintes de malaises auxquels il reconnaissait l'abdomen pour point de départ, mais dont il n'avait pas fait le diagnostic exact, la notion de l'entéroptose ne lui étant pas familière.

Les médecins qui traitent ainsi l'entéroptose, sans le savoir, mais avec moins de succès, sont encore aujourd'hui en grand nombre.

L'absence d'un état diathésique, de tout tempérament morbide, rend la forme asthénique particulièrement intéressante et sensible aux influences thérapeutiques bien dirigées.

Les résultats du traitement sont rapides, décisifs et durables; rapides et durables au point que les malades vous échappent quand vous les avez vues seulement quelques fois ; et ils vous échappent d'autant plus qu'ils appartiennent à la classe

1. Depuis que j'ai écrit ces lignes, elle a dû se soumettre au régime de l'entéroptose et à l'usage des laxatifs pour rendre sa guérison durable.

ouvrière et se soucient peu de voir longtemps leur médecin. De là, la réelle difficulté de donner des observations détaillées sur cette catégorie de malades cependant nombreuse.

Il y a trois mois à peine, je retrouvais une malade atteinte de la forme asthénique simple de l'entéroptose, chez qui le port d'une ceinture avait changé l'existence. Dans cette forme, la ceinture a certainement, parmi les différents facteurs du traitement, le rôle le plus considérable, mais il faut se garder de croire qu'elle suffit.

Les laxatifs et le régime sont également indiqués, mais seulement dans la mesure où l'exige le fonctionnement des voies digestives.

Ces deux éléments du traitement sont nécessaires, la clinique le montre d'une façon incontestable. Ils agissent sur le foie et ont, dans ces cas légers, une influence assez décisive sur l'organe hépatique, pour qu'il soit inutile de recourir aux alcalins qui constituent le seul point du traitement de l'hépatisme qui ne soit pas commun au traitement des différentes périodes de la déséquilibration abdominale.

C'est ainsi qu'en thèse générale, dans la forme asthénique simple de l'entéroptose, le traitement de la déséquilibration abdominale suffit pour combattre les légers accidents d'hépatisme que peut présenter le sujet, et qu'il n'y a pas de *traitement diathésique spécial* à instituer, parce qu'il n'y a pas de diathèse constituée.

Il en est de même en ce qui concerne la thérapeutique de l'élément nerveux.

L'élément nerveux peut également venir se surajouter à la forme asthénique tout en laissant à l'entéroptose son caractère prédominant d'asthénie.

On peut même dire que les légers accidents nerveux, qui accompagnent alors l'asthénie, n'ont nullement besoin d'un terrain particulier pour se développer et que l'entéroptose suffit à les faire naître, comme son traitement suffit à les faire disparaître.

L'observation suivante en est un exemple.

Obs. I. — *Entéroptose asthénique. Tempérament nervosique.* (personnelle).

Mme C. jeune femme de 26 ans, de tempérament nervosique a eu un enfant à l'âge de 22 ans, et, faute de repos suffisant, a contracté à la suite de ses couches un prolapsus utérin assez accentué pour que le col descende presque jusqu'à la vulve.

Un pessaire Dumontpallier soulage et fait patienter la malade qui a un second enfant deux ans plus tard.

Quelques mois après son accouchement, elle vient me consulter pour des vertiges très pénibles qui la prennent dès qu'elle sort. Elle accuse également des pertes blanches, des douleurs de reins, présente un teint animé, enfin elle a été, dans ces derniers temps, reprise de crises nerveuses de nature hystérique.

Je prescris injections, fer et bromure, insiste sur ce traitement mais sans résultat ; les phénomènes nerveux ne font que s'accentuer.

La malade reste quelque temps sans venir me voir.

L'impuissance de mes efforts thérapeutiques me fait examiner ma malade à nouveau. C'est alors que je suis frappé de la flaccidité et du prolapsus du ventre de cette jeune femme qui est obèse.

Je fais aussitôt l'épreuve de la sangle qui est décisive. Cette épreuve faite, je dirige l'interrogatoire du côté de l'entéroptose.

« Ma sœur a une maladie de riche » me dit son aînée. Elle ne peut jamais fatiguer. Nous ne pouvons pas le croire, mais chaque matin, elle se prétend plus fatiguée en se levant que le soir en se couchant. »

D'autre part, les pesanteurs d'estomac sont habituelles et la constipation est chez elle tellement ordinaire que, la re-

trouvant chez des proches, elle l'appelle une « infirmité de famille ».

Ce diagnostic tardif établi, je prescris une ceinture relevant et soutenant bien le ventre, recommande l'usage des lavements et des laxatifs et la surveillance des repas. A partir de ce jour les crises cessent, les vertiges ne se reproduisent plus.

Le malade que j'ai l'occasion de rencontrer de loin en loin n'a plus jamais besoin de mes soins.

Je l'ai revu ces jours derniers. Il n'a plus éprouvé de vertiges depuis deux ans, mais il ne peut absolument pas se passer de ceinture ; sinon, il est absolument sans force ni équilibre.

Cet exemple d'accidents nerveux sous la dépendance de la déséquilibration abdominale est, à coup sûr, instructif. Ici la lassitude occupe une place importante, et c'est pourquoi nous donnons cette observation sous la dénomination de forme asthénique.

Mais bien souvent le « tempérament morbide », la tare névropathique est la plus développée. Nous en donnerons bientôt maints exemples sous le titre de *formes névropathiques de l'entéroptose*.

L'observation suivante, qui est de Glénard, nous montre le rôle prépondérant de la ceinture et l'influence d'un appareil contentif bien appliqué dans la forme asthénique de l'entéroptose.

Elle donne du premier coup une idée du genre de sensations que les malades peuvent parfois accuser, même sans l'intervention d'aucun élément névropathique.

Obs. II. — *Entéro-hépatoptose. Forme asthénique.*
F. Glénard (inédite).

1886. — Mme J. 40 ans, garde-malade, se plaint d'une sensation de dureté dans le côté droit. Tantôt « cela bouge comme

un enfant, descend, remonte» tantôt elle éprouve une sensation du poids qui serait retenu par un fil sur le point de se casser. Quand elle fait quelque ouvrage pénible, elle sent une douleur dans tout le côté droit (y compris le sein, l'œil) et au milieu du dos; pour la calmer, elle est obligée de se coucher durant une à deux heures. Il lui semble alors que sa jambe droite ne peut plus la supporter et plie sous le faix. D'autre part elle est *toujours lasse* et la marche lui est pénible; elle est surtout fatiguée si *elle reste debout sans marcher.*

Dèpuis 3 ans, elle éprouve ces sensations. Déjà avant cette époque, elle avait des maux d'estomac, une douleur à l'épigastre, de la constipation et de l'insomnie. Ces malaises se sont dissipés dès que son côté est devenu dur (à la suite, croit-elle, d'un refroidissement pendant les règles). Ces maux d'estomac datent d'une grossesse qui remonte à 8 ans, et à la suite de laquelle elle eut des ménorrhagies, faillit mourir, et resta faible pendant un an.

A la palpation on trouve un *foie mobile* type : il descend en masse dans la main par l'inspiration. La malade (considérée alors comme utérine) porte depuis deux ans une ceinture de tissu rigide, mais qui exerçant sa pression sur le mésogastre, ne lui rend, dit-elle, aucun service.

Dès l'application de la sangle, la malade déclare être moins lasse, marcher mieux et plus droit; elle n'a plus de douleurs de côté. Elle suivit une cure régulière d'eau de Vichy en boisson, laxatifs salins quotidiens et douches froides.

Tout allait bien encore trois mois après.

A noter, dit Glénard, la disparition des symptômes dyspeptiques, quand survient le prolapsus du foie, la fatigue de la station debout, plus marquée que celle de la marche, fort fréquente dans la déséquilibration abdominale, inefficacité d'une sangle mal adaptée et pouvant faire douter de l'indication légitime.

La forme asthénique de l'entéroptose se rencontre quelquefois à la suite des maladies graves.

L'amaigrissement, le relâchement des tissus qu'elles amènent réunissent les conditions les plus

faciles de déséquilibration abdominale dans le temps de la convalescence. Aussi il n'est pas surprenant que dans ces conditions l'entéroptose se produise aussi facilement chez l'homme que chez la femme.

Le fait suivant en est un bel exemple :

Obs. III. — *Forme asthénique, suite de maladie grave.* (Trastour).

Un cocher âgé de 32 ans est pris en décembre 1887 d'une fièvre muqueuse. Après trois mois de maladie, il reprend son travail en avril 1888. Mais il s'aperçoit qu'il ne peut plus porter les seaux d'eau, les sacs d'avoine.

Il vient me consulter le 4 juillet, il souffre dans le ventre, à gauche, à droite, depuis deux mois; toujours faible, il a peine à se tenir debout; il est défaillant après une évacuation; il mange, mais digère mal, il est gonflé, gêné par les gaz; constipé, il ne rend que des matières sèches, très petites. Il ne dort pas; rein droit abaissé, douloureux, facile à saisir et à faire remonter par la pression; épreuve de la sangle positive au point de vue de l'entéroptose, traitement ordinaire : ceinture élastique, laxatifs etc....

Je l'ai revu, en juillet 1889, parfaitement rétabli, engraissé, il ne présente plus les signes d'entéro-néphrotose, et se contente d'une ceinture de tissu de laine.

Voilà un bel exemple de guérison d'entéroptose.

II. — *Observations de la forme entasique de l'entéroptose et son traitement.* — La forme entasique de l'entéroptose a tantôt un début aigu que Coutaret a décrit sous le nom d'entasis interne, tantôt un début lent et insidieux.

Quelle que soit son origine, que le mal soit la suite d'un effort brusque, ou le fait d'efforts prolongés ou répétés, son traitement est celui de l'entéroptose.

Tel n'est pas l'avis de Coutaret. Cet auteur a eu le

mérite de décrire le premier, et de faire connaître l'entéroptose d'origine traumatique sous le nom de dyspepsie entasique, mais il n'a vu que la forme inflammatoire de la maladie et nullement les troubles statiques avec prolapsus, qui sont la vraie caractéristique de l'entéroptose. Son traitement en est la meilleure preuve.

Pour lui en effet le véritable traitement de la dyspepsie entasique (c'est sous ce nom qu'il décrit la forme entasique de l'entéroptose), comprend « les sangsues, les ventouses, les grands bains, le repos au lit, les dérivatifs à la peau, de légers laxatifs, des tisanes rafraîchissantes, des cataplasmes, des lavements, une demi-diète en commençant, et plus tard un régime approprié, et ces moyens en triomphent en six mois. » C'est un traitement antiphlogistique, bien indiqué du reste dans la forme spéciale qu'il a décrites.

Plus loin il ajoute : « Je fais porter de la flanelle et une ceinture ventrière. » C'est *l'immobilisation* et non le relèvement des organes splanchniques qu'il vise accessoirement par cette ceinture à laquelle il ne consacre que la ligne que nous venons de citer.

Le traitement de la forme entasique de l'entéroptose est tout autre :

1° Il est celui de la *déséquilibration abdominale* avec ses trois indications fondamentales, emploi habituel des laxatifs, régime approprié à la puissance digestive du sujet, ceinture relevant les organes splanchniques et augmentant la tension abdominale.

2° Il est aussi celui de la *tare diathésique*, qui souvent donne à la maladie des allures et une évolution telles que le début entasique du mal passe au second plan.

Le fond prime l'origine traumatique et l'efface au point de la mettre hors de cause; et l'entéroptose prend une forme dyspeptique, neurasthénique ou asthénique qui comporte la thérapeutique spéciale de ces variétés.

Aussi ne devons-nous pas insister sur le traitement. Les observations suivantes en sont autant d'exemples.

La première reconnaît un effort comme origine et appartient à la forme asthénique par sa symptômatologie.

Obs. IV. — *Entéroptose d'effort à forme asthénique.*
F. Glénard (inédite).

1886. — Mlle L. âgée de 58 ans, teint blême, est arrivée depuis dix ans à la ménopause, a depuis une vingtaine d'années eu du pyrosis à diverses reprises. Elle se plaint d'éprouver depuis deux mois, de la faiblesse, des battements de cœur, une sensation de chaleur intérieure, et fréquemment des malaises tels qu'il lui semble qu'elle va mourir.

L'appétit est conservé, les digestions sont bonnes, les selles régulières; le sommeil est médiocre, interrompu la nuit vers deux heures du matin par une sensation d'étouffement de manque d'air et suivie d'une longue insomnie.

Depuis huit mois cette personne aide chaque soir une malade de 100 kil. à remonter un étage, en la soutenant fortement sous l'aisselle. Elle sentait bien, dit-elle, que ça lui ouvrait l'estomac; une fois même, elle le sentit *décroché* et en souffrit toute la nuit.

L'examen de l'abdomen découvre un ventre globuleux, un *foie très déformé en sablier*, avec sillon au niveau du rebord costal, mais la ligne thoracique de matité n'est pas abaissée.

L'application de la sangle rendit à la malade sa vigueur; la malade en était « ravie ». Le réveil à deux heures du matin qui persistait fut supprimé par le port de la sangle durant la nuit, et les battements de cœur diminuèrent beaucoup d'intensité.

Cette maladie fut soumise à Vichy au traitement méthodique de sa maladie. « *A noter* : l'influence de la sangle sur l'in-

somnie et les symptômes nocturnes, et l'effet de l'entéroptose même sur les battements de cœur ».

L'exemple suivant plus instructif encore, nous montre combien il est nécessaire d'avoir la notion de l'entéroptose présente à l'esprit pour dépister cette maladie dans la pratique.

OBS. V. — *Entéroptose primitive d'effort à forme gastrique et utérine.* F. Glénard (inédite).

1889. — Mlle C., 40 ans, grasse, grosse, pesant 82 kilogs, vient depuis six ans à Vichy pour combattre une « gastralgie nerveuse » que chaque cure améliore pour quelques mois.

Sa maladie qui remonte à neuf ans, débuta par des crises d'estomac, très douloureuses, « tordantes », survenant trois à quatre heures après avoir mangé et ne s'accompagnant jamais de vomissement. Le repas les soulageait pendant trois heures. Un à deux jours avant le retour des règles, ces crises étaient tellement fortes qu'elles la paralysaient subitement. C'était, dit-elle, au point qu'elle n'aurait pu bouger même le pied et qu'on devait la transporter sur un lit où elle restait étendue pendant quarante-huit heures.

La douleur débutait par le rectum, s'étendait à tout l'hypogastre; et, en temps ordinaire, se dissipait dès que la malade était couchée.

Ces crises cataméniales datent surtout d'un an et apparurent à la suite d'un excès de fatigue.

Mlle C. est chef d'un atelier où travaillent trois cents personnes; elle est parfois obligée de soulever de lourds fardeaux. A la suite d'un effort dans ces circonstances, elle ne put plus marcher sans se plier en deux. La marche ne pouvait se prolonger plus de cinq minutes, ni se faire sans le secours d'un bras.

Elle ne souffrait pas au lit, mais ne pouvait y changer de position sans éprouver une sensation de chute du ventre; en voiture, elle souffrait de ballonnement abdominal; il fallait deux personnes pour l'y faire monter.

Traitée par les cataplasmes et les grands bains, elle allait suivre le conseil d'entrer dans une maison de santé pour y subir une opération sur son utérus lorsqu'elle consulta, il y

a quatre mois, Daniel Mollière qui porta le diagnostic d'entéroptose et prescrivit une sangle. Dès lors transformation. La malade peut marcher seule et durant une demi-heure. Les douleurs si violentes à l'hypogastre, la sensation de chute, de torsion du ventre se sont dissipées ; elles ne reparaissent que lorsque la malade vient à quitter la ceinture le soir, aussi la garde-t-elle habituellement la nuit.

Les règles surviennent *sans aucune douleur* depuis quatre mois ; elles se sont régularisées et sont devenues plus abondantes, il n'y a plus de pertes blanches.

Comme symptômes, il reste encore de la dyspepsie, des crudités et des acides ; mais la digestion s'est déjà améliorée du fait de la ceinture, il n'y a jamais eu de constipation.

A la suite de sa cure à Vichy, où elle suivit le traitement méthodique de l'entéroptose, la malade allait bien et ne se plaignait plus des troubles digestifs qui avaient résisté à l'emploi de la sangle seule. Celle-ci avait été efficace seulement contre l'asthénie et le syndrôme utérin.

Il est vraisemblable que chez cette malade les premiers symptômes de gastralgie ont marqué le début de l'entéroptose.

Glénard accompagne ce fait des réflexions suivantes : « cette observation démontre la nécessité d'une enquête étiologique approfondie et d'une subordination de symptômes, sans idée préconçue ; la nécessité de ne pas traiter de « nerveux » tout symptôme qu'on ne s'explique pas de suite ; la brillante transformation de la malade sous l'influence d'un traitement répondant à une autre interprétation ; l'influence de l'entéroptose sur les fonctions menstruelles ; le rôle d'un tempérament préétabli à invoquer, pour expliquer cette forme plutôt qu'une autre de symptômes de l'entéroptose ».

Le fait suivant est encore un exemple frappant d'entéroptose où le fond prime l'origine traumatique de la maladie et décide de la forme qu'elle revêt.

Elle établit à la fois l'insuffisance du traitement de Coutaret et la nécessité de répondre aux indications multiples de l'entéroptose.

Le long temps pendant lequel la malade a été suivi augmente notablement la valeur de l'observation.

Obs. VI. — *Entéroptose d'effort, forme gastrique.*
F. Glénard (inédite).

1884. — Mlle A. 24 ans, très bonne santé antérieure, cuisinière, apparence robuste.

Il y a cinq semaines, à la suite d'un effort pour soulever un poids, la malade ressentit une vive douleur dans le côté et le flanc droits. Elle resta tout le jour « pliée en deux », se fit des frictions et prit du thé, ce qui amena du soulagement. Huit jours après, anorexie, étouffements, poids, aigreurs, éructations surtout après le repas du matin (une demi-heure après), fausses faims soulagées par les aliments, et tellement impérieuses que la malade est obligée d'avoir toujours un potage tout prêt; selles régulières.

Règles il y a quinze jours, plus abondantes.

Le médecin appelé conseilla du sirop d'écorces d'oranges, du quinquina, de la craie préparée.

Lorsque je la vois, elle se plaint d'une douleur *au-dessous du sein droit*, de *lassitude*, elle est obligée de s'asseoir après le moindre effort, elle *digère mal* la *salade et les pommes de terre*. Réveil régulier à deux heures du matin, selles régulières.

A la palpation, *cœcum* dur, volumineux, médian; la pression sous l'hypochondre droit réveille sa douleur spontanée au dessous du sein droit.

Traitement. Laxatifs salins, quotidiens, repas toutes les trois heures; régime.

Amélioration dès le premier jour de ce traitement.

Huit jours plus tard, la malade déclare qu'elle ne se sent plus rien, et peut manger de tout.

Mais au bout d'un mois, rechute, huit jours après une période menstruelle, qui a du reste été normale.

La malade se plaint de *maux d'estomac* et de douleurs en

ceinture trois heures après les repas, malaises soulagés par les aliments; bien-être à jeûn; elle surveille son régime, le sommeil est bon.

Constipation. Eau de Janos inefficace.

Elle a à sept heures du soir des vomissements du repas pris à midi.

Traitement. Bi-carbonate de soude et magnésie toutes les trois heures.

Cinq jours après, bien que la malade ait été purgée, il n'y a nulle amélioration. Les troubles digestifs existent encore sous forme de vomissements survenant deux heures et demie après les repas, surtout après celui du soir. La malade a maigri et pâli; ses dernières règles ont été peu abondantes et sont accompagnées de douleurs hypogastriques.

Elle se plaint encore *d'aigreurs*, brûlure, *douleur épigastrique* à la pression, délabrement, *poids* gastrique la nuit; selles insuffisantes.

Sommeil fréquemment interrompu.

Le décubitus dorsal soulage chaque fois.

A la palpation, douleur épigastrique, *battements*, cæcum en boudin, *corde* de la première anse transverse (en M), tous deux gargouillants sous la pression. *Néphroptose* du premier degré et sensation de chute quand les doigts font sauter le rein; épreuve de la sangle positive.

Traitement : Ceinture.

Dès le lendemain, la malade qui n'a quitté la ceinture ni nuit ni jour, déclare avoir mieux dormi que depuis une semaine, n'avoir éprouvé ni pesanteur d'estomac, ni sensation de délabrement; mais elle a encore eu un vomissement le matin, une demi-heure après son repas. Constipation depuis trois jours.

Palpation. Néphroptose plus manifeste. Sensibilité et battements à l'épigastre. Clapotage.

Traitement : Eau de Janos, (un demi-verre) tous les matins.

Quatre jours après, elle dit n'avoir plus eu de vomissements, sauf la veille à sept heures du soir; elle a cessé de maigrir, s'est remise au travail. Elle a dû quitter le corset qui lui faisait mal à l'estomac.

Elle se nourrit d'œufs et de viande; le *vin* lui répugne et provoque des aigreurs.

Soif, sommeil médiocre, réveil, pieds froids.

A la palpation, néphroptose au troisième degré. Cœcum

dur, sonore, sensible, battement épigastrique, pas de corde.

Traitement : Eau de Vichy aux repas; eau de Janos tous les matins, pilule écossaise tous les deux soirs.

Vingt jours plus tard, je la trouve *engraissée*; depuis dix jours, elle a pu supprimer les laxatifs; depuis vingt-cinq jours, elle n'a plus eu de vomissements.

L'appétit est vorace. Elle *mange de tout*; les digestions sont bonnes, le sommeil également, et les selles sont régulières.

Quant il lui arrive de trop travailler, elle éprouve une douleur de côté sous l'hypocondre gauche.

Elle a gardé sa ceinture jour et nuit, et éprouve, quand elle la quitte, la sensation que *son ventre tombe.*

Six semaines plus tard (6e *mois de la maladie*, 3e *de la ceinture*) elle va bien. *Elle essaye de quitter sa ceinture*, les vomissements reparaissent, puis cessent dès qu'elle la reprend.

Quatre mois plus tard, nouvel essai de la quitter.

Pendant huit jours, délabrement sans maux d'estomac et le huitième jour, vomissements à deux heures du matin de la moitié du repas de la veille. Elle remet de suite sa ceinture et éprouve néanmoins pendant trois à quatre nuits des vomissements qui ensuite ne reparurent plus.

Trois mois encore plus tard (13e mois de la maladie, 10e mois de la ceinture) maux d'estomac, *gonflement* de suite après le repas depuis trois semaines.

Traitement : Quinquina et fer.

1886. Un an après (27e mois de la maladie, 24e de la ceinture) je la trouve grasse, ayant de bonnes digestions, des selles régulières; elle est encore peu forte.

A la palpation, l'abdomen est flasque, prolabé, gras; pas de sensibilité cœcale; néphroptose du 2e degré.

La sangle est déformée, serre à peine.

Traitement : Nouvelle sangle.

1888. Deux ans encore plus tard (4e année de la maladie) elle a accouché il y a quatre mois d'un enfant superbe, qu'elle nourrit, tout en ayant ses règles depuis le deuxième mois après les couches. Elle peut se passer de ceinture dans la matinée, mais elle la remet à midi pour éviter la lassitude et le délabrement qu'elle éprouve lorsqu'elle ne l'a pas.

1889. Un an après, elle vient de sevrer son enfant et va fort bien. Elle ne peut toujours pas se passer de sa ceinture.

A la palpation, néphroptose au 2e degré (on sent le rein

sur toute son épaisseur, mais on peut déprimer le sillon sus-rénal).

Glénard note spécialement : le début dans l'hypochondre droit, la succession des symptômes subjectifs et objectifs ; le rôle distinct de chacune des prescriptions thérapeutiques ; l'action de la sangle sur les vomissements ; la persistance de l'indication de la saugle seule, une fois la guérison obtenue.

Chez cette malade, si la sangle eût été appliquée dès le jour du traumatisme, on lui eût évité une longue série de maux. Ce cas est bien une entéroptose primitive, essentielle, survenue sans tare héréditaire ou acquise préétablie. L'intervention du traitement a été assez hâtive pour que la maladie ne soit pas devenue diathésique, et, que la guérison ait été obtenue sans que la malade passât par les complications hépatiques, et dût recourir à la cure alcaline.

Nous pourrions encore multiplier les observations, car l'entéroptose d'effort est très fréquente.

Trastour déclare avoir, en moins de trois ans, recueilli trente faits probants et relatifs à des jeunes filles, reconnaissant pour cause une origine traumatique.

Mais nous ne croyons pas nécessaire de multiplier les exemples. C'est d'autant moins indiqué, que d'une façon habituelle le fond prime, comme nous l'avons dit, l'origine traumatique de la maladie, et lui donne une des formes que nous verrons dans la suite.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS DE LA FORME DYSPEPTIQUE ET DE LA « FORME PSEUDO-LITHIASIQUE » DE L'ENTÉROPTOSE ET LEUR TRAITEMENT

La forme dyspeptique de l'entéroptose est celle à laquelle s'applique, dans toute sa plénitude, le traitement général de l'entéroptose que nous

avons exposé avec des détails qui nous dispensent de revenir longuement sur ce sujet.

Ici la déséquilibration abdominale et la tare hépatique, qui, d'après Glénard, engendre la dyspepsie, se trouvent réunies et retentissent l'une sur l'autre ; l'influence réciproque et les liens pathogéniques qui relient ces deux états morbides, sont tels, qu'il faut faire marcher de front le traitement de la déséquilibration abdominale et de la tare hépatique.

C'est à ces conditions, et à ces conditions seulement, qu'on obtient des résultats et des résultats durables.

Glénard l'a si bien compris que, dans son traitement général de l'entéroptose, en visant particulièrement cette forme si fréquente à Vichy, il admet quatre indications fondamentales, et la quatrième est le traitement par les alcalins et la cure de Vichy.

La place qu'il fait aux alcalins doit être maintenue aussi large que l'indique Glénard : tout ce que nous avons dit du traitement hépatique retrouve ici sa place.

De même le traitement de la déséquilibration abdominale doit être suivi à la lettre, tel que nous l'avons décrit.

Les *laxatifs salins* doivent mériter la préférence parce qu'ils ont une action élective sur le foie, parce que non seulement ils exonèrent l'intestin mais encore activent les secrétions du système digestif, et leur usage doit être continué longtemps.

Il y a du fait de l'abandon prématuré des laxatifs quotidiens une cause de rechute qui n'est pas rare. Le praticien doit avertir ses malades de ce danger et faire leur éducation sur ce point.

La *ceinture* joue toujours un rôle important. Un appareil ontentif, mal appliqué ou mal compris, se relâchant avec le temps et ne remplissant plus son rôle de soutien et de releveur des organes splanchniques, est souvent la cause d'une rechute, ou du moins d'un arrêt dans la marche vers la guérison.

Le *régime* s'impose avec une rigueur qui n'a son égale dans aucune des autres formes de l'entéroptose. Sur ce point le médecin ne montre jamais trop de fermeté. Il doit s'en rapporter d'une façon absolue à l'échelle de digestibilité subjective, fixer au malade le menu qui convient à la période à laquelle il est arrivé, et, à mesure que l'amélioration se produit, ne permettre de s'en écarter que les yeux fixés sur l'échelle de digestibilité qui reste son plus précieux guide.

Tous les écarts se paient chèrement; le malade l'apprend vite par expérience, et, l'expérience lui donne de si dures leçons, qu'il finit par rester sage malgré les tentations que lui offrent son entourage ou les circonstances,

Il est surtout certaines exigences du régime dont les malades ne peuvent saisir l'importance et dont la violation se paie cher.

Dès qu'un malade va mieux et se croit guéri, il veut reprendre du vin ou du lait.

La réputation du vin comme tonique, le bon renom du lait comme un ami de l'estomac sont très souvent responsables de rechutes. L'usage du vin donne heureusement le jour même des troubles dyspeptiques, ou le lendemain des accidents migraineux ou autres, et, quand le fait s'est produit plusieurs fois, on est guéri de l'envie d'y revenir.

Mais il n'en est pas de même du lait. Les mala-

des peuvent, durant plusieurs jours, le prendre avec une impunité apparente ; ils ne s'aperçoivent pas que c'est à son usage qu'ils doivent certaines pesanteurs d'estomac ou troubles digestifs qui les incommodent à nouveau ; ils ne peuvent se faire à cette idée que le lait peut fatiguer l'estomac, et c'est précisément parce qu'ils ne peuvent ni ne veulent y croire, qu'ils préparent une rechute.

L'état d'esprit des malades se montre parfois tellement rebelle à ces idées sur le vin et le lait, qu'il est une pierre d'achoppement pour l'institution même du traitement.

Ces jours-ci, j'arrêtais le traitement de l'entéroptose à forme gastrique chez une femme souffrant depuis plusieurs années. A ma troisième visite, surpris de l'état peu satisfaisant de ma cliente, j'en cherchai l'explication et la trouvai sur les lèvres du mari qui me déclara que sa femme ferait tout mon traitement, mais qu'en dépit de mon avis, elle ne prétendait laisser ni le vin, ni le lait. Elle voulait, parce qu'elle se sentait si faible, user du premier pour se fortifier et du second pour se remettre l'estomac. Et en développant sa diététique raisonnée, elle disait que jamais on ne pourrait lui enlever ces idées de l'esprit.

De fait, il y a une croisade à organiser contre le vin et le lait, en faveur de l'entéroptose.

Quant aux *indications secondaires*, c'est encore dans la forme dyspeptique, que les considérations générales que j'ai fait valoir à ce sujet, trouvent particulièrement leur place.

Ces indications se trouvent surtout dans les premiers temps pour dissiper les malaises qui peuvent résister au traitement basé sur les indications fondamentales, et pour accentuer la transformation

apportée par le nouveau traitement tant dans l'état général que dans l'état des voies digestives du sujet.

Dans ce but, recourez à la caféine, usez tour à tour des alcalins, des acides et des amers, comme nous l'avons indiqué. Conseillez une demi-heure après le repas une boisson très chaude, la position horizontale, ou quelques autres petits moyens qui souvent suffiront pour faire disparaître complètement le côté pénible des phénomènes digestifs.

Enfin, n'oubliez pas surtout de recourir au besoin aux petits repas supplémentaires.

La forme dyspeptique de la maladie de Glénard est le genre d'entéroptosés qui abondent à Vichy ; c'est elle qui a inspiré le traitement général de l'entéroptose tel que l'a établi ce médecin dans le domaine de son observation. Aussi avons-nous, dans les nombreux cas de sa pratique, l'embarras du choix pour citer des faits.

Les observations suivantes que nous en distrayons, sont particulièrement convaincantes.

L'origine de la première peut laisser quelques doutes, ainsi que Glénard le reconnaît lui-même, mais le fait est intéressant.

Obs. VII. — *Entéroptose par coprostase, à forme gastrique.* F. Glénard (inédite).

1885. — Mme B. 34 ans, nullipare, très maigre, pèse 45 kil., et a perdu 6 kilogs depuis six semaines. Elle se plaint de brûlure à la gorge et à l'estomac, souffre constamment, n'a pas de sommeil, et, ne se soulage qu'en s'étendant sur son lit. Elle se nourrit en prenant une tasse de lait toutes les deux heures. Elle a deux selles diarrhéiques mousseuses par jour.

Voilà six mois qu'elle est à la diète lactée ; elle débuta par quatre litres, fut d'abord soulagée, puis les souffrances étant

revenues, depuis trois mois elle ne prend plus que deux litres.

Depuis un à deux ans, ces douleurs sont plus violentes au moment des règles. Celles-ci durent parfois quinze jours; à d'autres reprises elle a vomi de l'eau teintée de sang quatre heures après son repas.

Il y a six ans, son appétit augmenta tout à coup; alors débutèrent des crises (fringale, brûlure, crampes, contraction) survenant trois heures après le repas, durant parfois trois semaines, se renouvelant plusieurs fois par jour. Ces crises venaient d'abord tous les six mois, puis se rapprochèrent au point de devenir quotidiennes. Elle firent prescrire la diète lactée.

Comme antécédents on trouve, vers l'âge de quinze ans, une période de constipation absolue durant trois mois à la pension, et, vers l'âge de cinq à six ans, un traumatisme à l'épigastre dont la malade ne peut préciser le retentissement à cette époque.

A la palpation, le ventre est plat, creux, battement aortique superficiel; cœcum très étroit, corde transverse molle, sensible, au-dessus de l'ombilic, cordon iliaque; pas de néphroptose, peut être coprostase.

Traitement de l'entéroptose (viande crue, champagne, œufs, laxatifs salins, cure alcaline, sangle, suppression immédiate et absolue du lait).

L'amélioration fût très rapide, la sangle de suite appréciée. Dès le premier jour, disparition de la brûlure d'estomac, puis de l'insomnie, de la faiblesse. Dès le cinquième jour, la malade crut pouvoir ajouter des légumes au menu; vers le douzième jour, rechute qui fit prescrire une rigueur plus grande dans le régime, et ne dura que quarante-huit heures.

La malade me quitte allant bien, mangeant bien, dormant mieux, marchant mieux, et, ayant en trois semaines repris 1 kil.

Son poids augmente ensuite de 700 gr. par mois. Trois mois après notre première entrevue, elle pesait 48 kil. au lieu de 45. Elle dut persister dans son régime strict, les légumes ramenaient chaque fois de la brûlure d'estomac, mais sans vomissements; elle prenait des laxatifs quotidiens, portait sa ceinture.

Je la revis alors en consultation avec son médecin; elle redoutait une rechute, à cause de quelques douleurs avec borborygmes dans l'hypocondre gauche, et un peu d'anorexie. Il fut conseillé de persister dans le même traitement

et de modifier quelques défectuosités de la ceinture. A la palpation on trouvait un cœcum gargouillant et sensible, et, dans l'hypocondre, une ptose laissant indécis entre le rein et une tumeur stercorale.

1886. — Mme B., revenue à Vichy pour la seconde fois, dit que sa santé s'était maintenue bonne jusqu'au milieu de l'hiver, lorsque, vers cette époque, en soulevant un fardeau, elle fit un effort, à la suite duquel elle eut, pendant huit jours, céphalalgie, insomnie, difficulté de la marche, bouche mauvaise, etc.

Actuellement, elle ne digère bien qu'à la condition de ne prendre ni légumes, ni vin, qui lui donnent des crises, et ne dort bien qu'à la condition de garder sa ceinture la nuit.

Elle a continué les laxatifs et les alcalins, et ne quitte pas sa ceinture. D'ailleurs, Mme B. dit que sa santé est bonne.

Vers le huitième jour de sa cure, elle a une crise légère due soit à cette période du traitement, soit à des écarts de régime, soit à l'approche des règles, peut-être ces causes réunies; puis la cure se termine sans incident.

1887. — Mme B. n'a cessé de se bien porter, elle mange de tout, marche quatre heures sans fatigue; elle continue à porter sa ceinture et à prendre des laxatifs quotidiens. Je la dispense de la cure de Vichy.

La santé de Mme B. est restée très bonne; elle a gardé toujours sa ceinture qu'elle renouvelle tous les ans; n'a cessé de prendre matin et soir des laxatifs, sans lesquels elle voit revenir de suite quelques-unes de ses fatigues digestives.

Elle pèse 53 kil., n'est plus obligée que rarement de se remettre au régime. Elle est actuellement enceinte de trois mois.

J'appris plus tard (1891) que l'accouchement avait été bon, les suites excellentes, la santé générale parfaite.

Mme B. ne conserve plus de son traitement que sa ceinture et les prescriptions auquelles elle aurait de nouveau recours si quelque menace de rechute venait à survenir.

Glénard note spécialement dans cette observation les faits suivants :

Inefficacité de la diète lactée. Suppresion brusque de douleurs datant de plusieurs années.

Nécessité du régime en particulier de l'abstinence de légumes; innocuité de laxatifs pris matin et soir pendant quatre ans de suite.

Retour de l'embonpoint et simultanément fécondité chez une femme stérile depuis dix-huit ans. Persistance de l'indication de la ceinture après le retour à la santé.

Nous avons dit, au chapitre de l'étiologie, que les affections générales d'un caractère grave pouvaient être l'origine de l'entéroptose.

Le fait suivant en est un exemple :

Obs. VIII. — *Entéroptose consécutive à la fièvre typhoïde. Forme gastrique.* F. Glénard.

1887. — Mme C., 30 ans, nullipare, a eu il y a trois ans une fièvre typhoïde, et depuis lors éprouve des maux d'estomac, contre lesquels elle lutte en vain; sensation de brûlure, faiblesse surtout au moment des repas; trois à quatre heures après, fatigue générale, éructations, insomnie, cauchemars, réveil de 2 à 4 heures du matin. Elle ne pouvait marcher que pliée en deux, le poids du corps tomba de 15 kil. en cinq mois après sa fièvre et ne se releva pas : son médecin lui prescrivit la diète lactée à laquelle elle ne put se résoudre, car elle ne digérait pas le lait.

Enfin, il y a trois mois, fut porté le diagnostic d'entéroptose, à la suite duquel furent conseillés l'application d'une sangle dont le bénéfice fut immédiat, et l'usage régulier du sulfate de magnésie.

L'amélioration n'est pas douteuse, mais Mme C. accuse encore, lorsqu'elle vient me voir à Vichy, des fringales avant le repas et, trois à quatre heures après avoir mangé, un état de langueur, des étouffements, des serrements à la gorge, des horborygmes.

Douleur brûlante des deux flancs à la marche.

Insomnie de 2 à 4 heures du matin.

Le poids du corps qui atteignait 54 kil. l'an dernier est descendu à 50 kil.

L'ingestion des liquides produit une sensation de gonflement.

A la palpation on trouve dans l'hypocondre droit une ptose dont la nature est difficile à préciser et que je crois être une néphroptose au 1er degré.

Traitement de l'entéroptose (sangle avec pelotes, régime, laxatifs, cure à Vichy, hydrothérapie).

La malade partit ne se plaignant plus d'aucun malaise, mais ayant perdu 1.500 gr. de son poids.

1888. — Mme C. revient à Vichy l'année suivante : elle s'est fort bien portée dit-elle, a repris 12 kil. de son poids (P. 63) dans les six mois qui suivirent sa cure ; elle a pu supprimer les laxatifs, mais a dû garder sa ceinture sans laquelle elle sent de suite revenir la lassitude. Elle a continué toute l'année à prendre un demi verre d'eau alcaline avant chaque repas.

Elle peut manger des légumes, mais seulement au repas du midi; si elle en prend le soir, elle a de l'insomnie et de la flatulence la nuit.

Mme C. a continué depuis cette époque à se bien porter.

A noter, dit Glénard : la confiance mal fondée des médecins en la diète lactée, au moins dans son application à tous les cas, et l'fficacité de la cure de Vichy. L'influence du repas du soir sur l'insomnie, la persistance de l'indication de la sangle après le retour de la guérison, l'étiologie infectieuse de la maladie sont également remarquables.

On peut ainsi interpréter la pathogénie : la maladie infectieuse a entraîné un trouble fonctionnel (du foie ?) qui persiste après la guérison de cette maladie : c'est à ce trouble fonctionnel devenu chronique que répond le syndrôme d'entéroptose et l'on ne peut guérir l'entéroptose qu'en associant le traitement spécial de l'affection du foie aux agents, tels que la sangle, les laxatifs, le régime, indiqués par l'entéroptose.

L'observation suivante est extraite du travail de Poltowicz; elle nous montre les ressources que l'on peut, dans la pratique, tirer de l'insufflation artifi-

cielle de l'estomac, comme moyen de diagnostic dans les cas difficiles.

Obs. IX. — *Forme gastrique.* C. Poltowicz.

Charlotte Famuy, cuisinière, 40 ans, entrée à l'hôpital de Lausanne le 4 mai 1889.

Antécédents. Aucune maladie dans son enfance. Premières règles à quinze ans, régulières ; souffrait alors de chlorose, de maux d'estomac après les repas.

Mariée à 30 ans, elle a eu deux enfants. Premières couches très difficiles, accidents puerpéraux fébriles pendant trois semaines. Les maux d'estomac deviennent plus fréquents; points dans le ventre et dans la poitrine. Inappétence, constipation. Pas de vomissements. Maigreur et faiblesse. Il y a six ans, dysenterie pendant trois mois. Cet hiver la digestion est devenue très pénible.

État actuel. Bien bâtie, un peu maigre et pâle. Rien au cœur, ni aux poumons. L'épigastre est dépressible; on sen facilement l'aorte. Fond de l'estomac à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. On voit les contours de l'esto mac. Colon tranverse large d'un travers de doigt sous la grande courbure.

1889, 11 *mai.* — Insufflation. Grande courbure descendue jusqu'aux poils du pubis; petite courbure à l'ombilic.

Diagnostic. Gastroptose.

Régime. Déjeuner: cacao, une tasse à 10 heures, un œuf avec cognac; l'absorption d'un verre de limonade chlorychopeptique après le repas. Dîner ordinaire des autres malades. A 4 heures, un verre de limonade. Le soir, café au lait et un œuf. Avant dîner pepsine. Purgatif tous les deux ou trois jours ; sel de Carlsbad.

Massage du ventre chaque jour, sangle abdominale.

27 *mai.* — Amélioration. Les douleurs vers l'ombilic disparues. Digestion meilleure. La malade sort de l'hôpital avec la recommandation de venir deux fois par semaine pour le massage.

Au mois d'octobre la malade va décidément mieux.

Actuellement elle se porte très bien avec sa sangle.

Un point sur lequel il importe d'attirer l'atten-

tion du praticien, c'est la fréquence avec laquelle des entéroptosés arrivent à Vichy avec le diagnostic de coliques hépatiques.

Glénard a depuis longtemps été frappé du grand nombre d'entéroptosés qui sont adressés à la station thermale avec ce diagnostic erroné.

Il a bien voulu consigner pour nous, dans l'article suivant, le résumé de ses observations sur les détails essentiels de ces cas de pseudo-lithiase biliaire.

Personne n'était, par ses recherches antérieures, mieux préparé que lui pour étudier cette délicate question de nosologie, et aucune station ne pouvait être plus favorable que Vichy pour en trouver la solution.

Aussi cédons-nous la place tout entière au Dr Glénard pour qu'il traite ce point important de la pratique avec le développement qu'il comporte.

II. LA PSEUDO-LITHIASE (F. Glénard). — « Parmi les malades classés dans la lithiase biliaire en raison des crises douloureuses qu'ils accusent, il en est toute une série chez lesquels jamais on ne constate d'ictère, ni ne trouve de calcul ; aussi bien l'allure générale des phénomènes critiques que celle des symptômes intercalaires aux crises forment un tableau vraiment différent de celui qu'offrent d'autres malades dont les crises s'accompagnent parfois d'ictère ou d'émission de calculs biliaires.

« Dès 1885, j'ai proposé de distraire des coliques hépatiques légitimes, cette forme de pseudo-lithiase, et j'en ai désigné les crises sous le nom de *coliques hypochondriaques* ou *sous-hépatiques*.

« J'estime que 35 à 40 0/0 des malades classés dans la lithiase biliaire relèvent de la pseudo-lithiase. C'est chez les femmes qu'on la rencontre le

plus souvent. Ces malades se plaignent de leurs crises, leurs crampes, leur fièvre de bile, leurs coliques hépatiques, et il n'est pas douteux, d'après la description qu'ils donnent de leur malaises, qu'en groupant tous ces faits sous le nom de coliques hépatiques, les médecins ne commettent une confusion, car ce ne sont certainement pas des coliques hépatiques calculeuses.

« L'*intervalle* qui sépare les crises est des plus variables : chez un même sujet, il peut varier de plusieurs années à plusieurs mois, se rapprocher de plus en plus, et les crises survenir toutes les trois semaines, puis tous les deux jours, tous les jours et même plusieurs fois par jour. C'est parfois une série de crises souvent violentes, de coliques mésogastriques, c'est-à-dire siègeant dans le mésogastre ou le colon transverse, se terminant chaque fois par de la diarrhée.

« Cette périodicité dans les crises est fréquente et bizarre. C'est ainsi que chez un malade les crises paraissent tous les six mois, puis tous les quatre jours et enfin tous les deux jours ; chez un autre elles surviennent, tantôt tous les deux jours, tantôt toutes les trois semaines.

« La *durée* des crises atteint souvent dix-huit, vingt-quatre heures, parfois, deux, trois jours, d'autre fois elle ne dépasse pas huit, sept, cinq, trois heures. Quelquefois les crises durent seulement la nuit ; en général c'est à des heures fixes qu'elles débutent, et cette heure est parfois constamment la même.

« C'est entre 2 et 3 heures de l'après-midi ou vers 2 heures du matin que les crises éclatent le plus souvent : plus rarement c'est le soir vers 4 ou 5 heures, 9 heures ou minuit, ou le matin à 3 ou 4 heures.

« Quelques malades ont vu, mais c'est peu fréquent, leur crise survenir après leur potage du matin ou vingt minutes après leur repas de midi. Plus rares encore sont les malades disant que leur crise survient à toute heure.

« L'*heure* la plus fréquente est 2 ou 3 heures du soir, et tout donne lieu de penser que la crise survient à ce moment, parce qu'il correspond à une heure donnée de la digestion à la suite d'un repas qui pour tous est pris entre 11 heures et midi.

« Il est à remarquer que, si la troisième heure après le repas de midi est l'heure de la crise pour nos malades, cela n'implique nullement qu'en cas de crise nocturne ce sera la troisième heure après le repas du soir. Loin de là, dans ce cas l'heure douloureuse de la nuit sera la même que celle du jour: si la malade a souffert entre 2 et 3 heures le jour, ce sera entre 2 et 3 heures la nuit qu'elle souffrira, c'est-à-dire sept heures environ après le repas du soir, au lieu que c'était trois heures ou deux heures et demie après le repas du jour. De même les malades dont les crises ont lieu à 5 heures du soir, ont de préférence leurs crises nocturnes vers 4 ou 5 heures du matin.

« La réponse au problème que pose l'observation clinique se trouvera quand la physiologie du colon sera mieux connue qu'elle ne l'est encore malheureusement aujourd'hui.

« Le *siège de la douleur* est le plus souvent attribué à l'estomac, au creux de l'estomac ; parfois cette douleur existe simultanément à l'hypocondre droit, ou au voisinage du nombril ; mais souvent elle occupe en même temps l'estomac et le côté gauche.

« Chez certains malades, elle est localisée dans le côté droit, à droite de l'estomac.

« D'autres disent que leur douleur siège à l'hypocondre droit ; chez celle-ci, c'est le flanc droit, chez l'autre le côté gauche, l'abdomen, tout le ventre, « entre l'estomac et le ventre ». Enfin, c'est quelquefois une douleur en ceinture.

« Voici la description donnée par les malades, dont je sténographie la réponse relativement à la *nature de cette douleur*. C'est une sensation d'étouffement, la respiration est « bouchée », la malade ne peut reprendre son souffle, c'est une pression, un étau, un serrement, un écrasement de l'estomac ; ou bien, c'est une brûlure, une torsion; si la crise arrive la nuit, la malade est obligée de se lever.

« On peut dans quelques cas noter le développement de la crise et en distinguer les *phases*; c'est ainsi que chez une malade la crise commençait par une douleur d'estomac puis se continuait ainsi : douleur du côté droit, envie de vomir, gonflement, étouffement et enfin vomissement.

« Celle-ci a, sept heures après le repas, des crises qui débutent par l'hypocondre gauche pour aboutir à l'estomac.

« Celle-là. trois heures après, des crises d'estomac descendant à l'ombilic.

« En voici une dont la crise débute par des douleurs du côté gauche pendant trois jours, puis des douleurs, du gonflement du flanc droit durant trois autres jours, alors l'abdomen devient lui-même gonflé et ballonné et la nuit suivante, à 2 heures du matin, surviennent une diarrhée de neuf selles, des coliques hypogastriques, des nausées : enfin il reste de cet orage une douleur au côté gauche avec

gonflement et oppression la nuit, douleur que la malade compare à un point, à un passage étroit pénible à franchir.

« Chez cette autre, la crise est précédée d'une douleur analogue à une torsion entre les épaules et derrière le sternum, douleur s'accompagnant d'oppression, puis, à 9 heures du soir, survient une crise d'étouffement à l'estomac, alternant durant toute la nuit avec des coliques d'abord intermittentes, puis persistantes, de tout l'abdomen et surtout du flanc droit.

« Cette dernière a des crampes à l'estomac et dans la région ombilicale, survenant à 11 heures, 2 heures ou 5 heures, débutant par une douleur de l'épaule droite ; cette crise cesse par le repas ; quand elle prend ses crises la nuit, c'est à 2 heures du matin, et elle éprouve des douleurs dans le dos, les reins, la région ombilicale et en même temps des envies de vomir.

« On voit que le *mode de début* est assez variable, c'est une douleur de l'épaule droite, une douleur d'estomac, une douleur de l'hypocondre droit ou du côté gauche, ou enfin, une douleur siégeant simultanément entre les épaules et derrière le sternum.

« La crise *se termine*, soit par des éructations, soit par une diarrhée bilieuse, soit enfin par des vomissements.

« *En même temps que les douleurs précédentes*, et durant la crise, il y a, soit et assez souvent des vomissements bilieux, soit, si la crise dure deux, trois jours, une constipation invincible; ou du mal de cœur, des nausées; parfois des borborygmes au niveau de la région ombilicale, de la moiteur, des étourdissements. La crise est souvent précédée

d'une sensation de froid général avec claquement de dents, et sans élévation de la température rectale.

« La crise, une fois passée, laisse peu de malaises, ou bien la malade met plusieurs jours à s'en remettre; elle est suivie souvent d'émission d'urines chargées d'urates; dans certains cas il subsiste une douleur entre l'estomac et le ventre.

« La *cause de la crise* paraît résider surtout dans le repas et parfois l'ingestion d'aliments indigestes; mais, pour que ces aliments provoquent une crise au lieu de simples troubles digestifs, il faut que le malade soit dans une phase plus aigüe de la maladie habituelle, et placé sous l'influence de causes plus générales.

« Parmi ces causes, on doit faire place à la menstruation, à une émotion vive, à un changement de saisons, en un mot aux causes qui habituellement provoquent un mouvement congestif anormal dans l'organisme.

« Les *moyens* qu'emploient les malades pour se *soulager*, ou qui leur réussissent, sont la compression de la ceinture ou de l'épigastre, d'autres fois l'enlèvement de tout lien et en particulier du corset; il en est plusieurs nous disant que le repas les soulageait.

« Rappelons que la diarrhée, l'éructation, le vomissement terminent souvent la crise.

«Chez beaucoup de malades, ayant été jadis soignés par nous, le moyen le plus efficace de *prévenir* la crise était de prendre, suivant notre conseil, un laxatif salin lorsqu'ils la pressentaient.

« C'est dans des crises pareilles que le massage nous a permis parfois de faire cesser brusquement la douleur. La morphine est bien entendu toujours efficace et à de très petites doses.

« Si nous recherchons à dégager un type à travers ces manifestations variées, nous voyons apparaître plutôt le complexus symptomatique de la gastralgie ; c'est pourtant une gastralgie spéciale, survenant à un intervalle éloigné du repas, le plus souvent trois heures après, ayant des rapports immédiats avec la fonction biliaire et intestinale, puisqu'elle se termine, soit par la diarrhée, soit par le vomissement bilieux, survenant souvent au milieu de la nuit ; se traduisant soit par des coliques, soit par une douleur du côté droit, ou d'estomac, mais ayant bien le caractère d'une *contraction* et aussi d'une *constriction*, puisque le terme d'étouffement, gêne de la respiration, est celui dont les malades se servent le plus souvent pour exprimer leurs malaises.

« La seule localisation possible serait un point intermédiaire entre l'estomac, le foie et le colon transverse ou un organe réagissant en même temps sur la sécrétion biliaire, la contraction du colon transverse et celle de l'estomac, et, si le laxatif salin est le moyen le plus efficace de combattre et prévenir ces crises, c'est que la localisation doit se placer plutôt dans l'intestin ou le foie que dans l'estomac.

« Il n'est pas douteux que dans ces crises le système nerveux abdominal ne joue par voie reflexe un rôle important. Comme le plus souvent chez de tels malades on trouve les signes objectifs et l'étiologie de l'entéroptose, que le traitement de cette maladie, et en particulier la ceinture, a une efficacité remarquable, que la cure de Vichy remporte ici les plus brillants succès, l'interprétation la plus rationnelle est celle qui admet dans l'ectopie intestinale le point de départ de la maladie, et place, dans le retentissement par voie reflexe sur la fonc-

tion hépatique puis sur la motilité gastro-intestinale, la cause des phénomènes critiques.

« Cette variété de crises est celle qui se rencontre chez les malades où l'exploration abdominale décèle la présence de cette angustie du colon tranverse que nous avons dénommée « corde colique ».

« Si, sur l'ensemble de ces malades atteints de coliques sous-hépatiques, et ayant une « colosténose » transverse, nous recherchons quels symptômes subjectifs sont en dehors des crises le plus fréquemment associés, nous voyons que ces malades ont toujours une dyspepsie dont les caractères sont : d'avoir son maximum trois heures après le repas et de rendre le malade conscient des aliments qui lui sont indigestes; chez tous, il y a de la faiblesse, chez la plupart de l'insomnie à 2 heures du matin et de la douleur du côté droit; les malades qui ont des douleurs du côté droit ou au niveau du flanc gauche ont tous des crises; en revanche, les malades atteints de vertige n'ont pas de crises.

« Le vertige et la fringale se rencontrent chez les mêmes sujets; la fringale peut exister sans vertige, mais pas le vertige sans fringale. Le délabrement exprime une idée analogue à celle de faiblesse, car ces symptômes vont toujours ensemble. Une telle symptomatologie est bien celle que nous avons assignée à l'entéroptose; c'est la symptomatologie que l'on regardait jusqu'ici comme caractéristique de la névropathie ou de l'anémie et les crises sous-hépatiques de ces malades sont encore le plus souvent, quand on ne parle pas de lithiase biliaire, interprêtées comme des crises nerveuses, intermédiaires à la névropathie et à l'hystérie. [1] »

1. Glénard, communication écrite.

Il nous serait facile d'arrêter encore quelque temps l'attention du praticien sur la pseudo-lithiase par le langage toujours attachant des faits.

Nous en avons déjà donné une observation en décrivant les formes cliniques de l'entéroptose. Le cas d'entéroptose par coprostase à forme gastrique que nous citions tantôt en est également un exemple.

Le fait suivant relaté par le regretté Féréol est particulièrement démonstratif.

Obs. X. — *Entéroptose à forme gastrique avec pseudo-lithiase biliaire* (Féréol).

Une dame P., d'une trentaine d'années, était depuis longtemps la cliente de notre éminent collègue, M. Brouardel, qui, ne pouvant lui continuer ses soins, voulut bien me la confier au moment où son mari, employé de l'Administration de l'assistance publique, venait remplir une fonction à l'hôpital de la Charité. Cette dame était atteinte d'une singulière forme de dyspepsie gastralgique, à crises excessivement douloureuses, analogues à des coliques hépatiques, sans qu'on eût jamais observé chez elle de traces d'ictère, et sans qu'elle eût jamais rendu de calculs biliaires. Deux ans de suite elle avait été à Vichy, sans aucun bénéfice. Dans ces derniers temps, les crises, d'une violence extraordinaire, accompagnées de vomissements presque incoercibles, s'étaient tellement rapprochées que la malade était tombée dans un état de faiblesse, d'anémie, de maigreur fort inquiétant. Les piqûres de morphine qui l'avaient d'abord soulagée, étaient devenues insuffisantes, bien qu'elles fussent répétées trois, quatre fois et même plus dans les vingt-quatre heures; la malade devenait une véritable morphinomane.

J'avais, à plusieurs reprises, constaté chez elle le clapotement stomacal dans le voisinage de l'ombilic et je dirigeais mon traitement dans le sens de la dilatation stomacale, y compris le lavage, mais sans aucun succès, lorsque l'idée me vint de la possibilité d'une entéroptose. Je fouillai l'abdomen avec le plus grand soin et je découvris un rein mobile très

évident à droite. En recherchant l'origine de la maladie, je constatai qu'elle avait commencé pendant une grossesse, en 1881, à la suite d'une chute assez sérieuse qu'avait faite la malade.

Dès lors, je me crus fixé, et je fis la commande d'une sangle pelvienne.

Précisément, à ce moment, je reçus à l'hôpital la visite de M. Glénard; il vint avec moi visiter la malade, constata l'ectopie rénale, trouva la corde colique transverse que je ne savais pas sentir, et voulut bien m'assister de son expérience dans la direction du traitement que nous allions entreprendre.

L'application de la ceinture, vu l'état de maigreur extrême de la malade, présentait une véritable difficulté; il fallut retoucher plusieurs fois la sangle, augmenter la pression au moyen d'une pelote très grosse en forme de croissant. Nous étions encouragés par l'épreuve du relèvement de l'abdomen au moyen des mains, épreuve qui donnait un résultat très significatif. Le 9 mars, la ceinture put être mise et laissée en place; en même temps la malade prenait, chaque matin, un léger laxatif (10 grammes d'abord, puis, plus tard, 5 grammes de sulfate de soude), des alcalins à chaque repas, et suivait le régime indiqué dans le mémoire de M. Glénard. Dès ce moment, le mieux se manifeste; les piqûres de morphine sont réduites à deux par jour; elles ne purent être supprimées que beaucoup plus tard; les vomissements cessent, et le sommeil reparaît. Le 13 mars, la malade se trouve *sauvée* et ne marchande pas le mot : selon elle, *c'est un miracle*. Le 15, elle fait une course en voiture (il y avait six mois qu'elle restait au lit presque constamment); le 19, elle va au spectacle.

Aujourd'hui, elle a repris sa vie habituelle depuis longtemps. Elle a encore des crises; tous les mois d'abord, au moment des règles, qui sont hémorrhagiques et douloureuses, et ensuite toutes les fois qu'elle se fatigue, ou qu'elle tente un essai pour sortir de la rigueur de son régime ou de son traitement. Mais elle s'occupe de son ménage, de ses enfants, elle commence à engraisser et se montre très heureuse du résultat [1].

1. Il est vraisemblable que le résultat eût été plus satisfaisant encore, si Mme P. eût pu faire, ainsi que nous lui avions

M. Champetier de Ribes, qui avait été appelé au moment d'une des crises les plus douloureuses, avait reconnu chez Mme P. un déplacement utérin qu'il avait essayé de réduire, et il avait cru pouvoir faire de la maladie un réflexe symptomatique de ce déplacement. J'ai invité mon excellent collègue à suivre avec nous le traitement de ce cas très intéressant, et il me paraît aujourd'hui gagné à la théorie de l'entéroptose [1]. »

La forme gastrique de l'entéroptose peut être parfois grave au point de plonger la malade dans un état cachectique.

Féréol nous en donne également un bel exemple.

Obs. XI. — *Entéroptose à forme gastrique avec état cachectique* (Féréol).

Un autre fait concerne une dame B., âgée de 55 ans environ, cliente habituelle du docteur Guyot. Cette dame vint me voir en août dernier, en l'absence de son médecin qui faisait un long voyage. En la voyant entrer dans mon cabinet, je fus désagréablement impressionné par sa pâleur et son aspect cachectique ; elle était anhélante avec des quintes fréquentes d'une toux sèche et convulsive, et paraissait sur le point de tomber en syncope; pas d'œdème des jambes ; mais une arythmie cardiaque extrême, avec faiblesse du pouls; je m'empressai de la faire étendre sur une chaise longue, et son mari, qui l'accompagnait, me raconta son histoire pathologique qui était obscure et remontait très loin. Dès 1870, elle était sujette à des troubles digestifs, à des crampes d'estomac avec vomissements bilieux. Mais ce n'est qu'à partir de 1881, à la suite d'une chute assez sérieuse faite dans un escalier, que sa santé devint tout à fait mauvaise.

A propos de cette chute, le docteur Guyot fit un examen minutieux de l'abdomen, et découvrit chez la malade une ectopie droite très manifeste. Depuis 1881 jusqu'au mois

prescrit, une cure à Vichy ; mais il lui a été impossible de quitter Paris en temps utile.

1. Féréol, *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1888.

d'août 1888, Mme B. a été constamment valétudinaire, toujours sujette à des vomissements, à des crises gastriques, à de la toux, à des palpitations. M. Guyot cherchait, sans la trouver, quelque lésion du côté du poumon, de l'estomac, du cœur, de l'utérus même. Plusieurs saisons à Vichy, à Plombières n'amenèrent que des soulagements passagers; même à Vichy on dut renoncer à l'usage des eaux en boisson, et se borner à l'hydrothérapie. Enfin, dans ces derniers temps, le mal a pris une intensité extrême, par suite de fatigues et d'émotions causées par le mariage d'une fille. Mme B. a un dégoût alimentaire absolu, vomissant tout ce qu'elle essaye de prendre, même le lait qu'elle aime beaucoup; elle ne dort pas, étouffe sans cesse, et se sent en imminence syncopale lorsqu'elle essaye de marcher ou même de se tenir debout; elle a des palpitations violentes; en même temps elle a perdu toute énergie morale, elle qui en avait beaucoup, et tombe dans une mélancolie profonde. Les quintes de toux convulsive qui la fatiguent, lui font croire qu'elle devient poitrinaire, bien que M. Guyot, consulté à cet égard en juillet, l'ait après un sérieux examen, pleinement rassurée.

Devant cet ensemble de symptômes, et mis sur la voie par l'ectopie rénale, je tente sur elle l'épreuve du relèvement de l'abdomen à l'aide des deux mains. Cette épreuve et la contre-épreuve donnent des résultats significatifs.

J'annonce dès lors à la malade que je crois pouvoir lui garantir un soulagement très prompt, et je lui prescris le traitement de l'entéroptose.

L'effet de l'application de la sangle fut saisissant. La toux quinteuse disparut du jour au lendemain, absolument. La malade dormit une grande partie de la nuit, en conservant sa ceinture; dès le lendemain, elle se trouve transformée, guérie, assure-t-elle, et crie au miracle, disant qu'elle se sent capable d'aller à pied à l'autre bout de Paris. Je modère un peu son enthousiasme et lui rappelle l'absolue nécessité des laxatifs quotidiens, des alcalins aux repas et du régime.

Une saison à Vichy, qui fut différée quelque peu par l'apparition d'un zona, acheva la cure.

A son retour à Paris, M. le docteur Guyot, avec qui j'étais entré en correspondance au sujet de sa cliente, trouva Mme B. guérie.

Celui-ci crut pouvoir en conséquence suspendre l'usage

assez ennuyeux du laxatif quotidien; sur le champ les palpitations reparurent, et le sommeil fut de nouveau troublé. Elle revint me voir dans mon cabinet vers le 20 octobre. J'insistai pour qu'elle se conformât à la rigueur des prescriptions. Et ces jours derniers, j'ai appris qu'elle se trouvait revenue à la considérable amélioration qu'elle avait obtenue en septembre dernier, et qui constitue pour elle un état de santé très satisfaisant dont elle fait grand honneur à la médecine et au médecin [1].

Ces faits de Féréol sont des documents qui présentent moins de nouveauté que de valeur, mais le juste retentissement qu'ils ont eu, les enseignements qui s'en dégagent, leur méritaient une place dans cette étude.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS DE LA FORME NÉVROPATHIQUE DE L'ENTÉROPTOSE ET SON TRAITEMENT

Le nervosisme et la névropathie sont comme la neurasthénie, « des modes de réaction de certains systèmes nerveux sous l'influence de fatigues ou de secousses de diverses natures. Chaque appareil peut être frappé d'une façon prédominante et manifester ses souffrances à sa manière; de là, des symptômes variés plus ou moins bizarres derrière lesquels on ne trouve aucun symptôme anatomique [2] ».

Ces lignes expliquent parfaitement la grande variété de formes que peut présenter l'entéroptose quand elle prend naissance sur un terrain névro-

1. Féréol, *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1888.
2. Malibran, *loc. cit.* p. 201.

pathique en même temps qu'elle montre l'influence pathogénique de la déséquilibration abdominale.

« La médecine actuelle doit être pathogénique », a dit Bouchard. Je me plais à le répéter, car elle ne peut l'être davantage que, dans ces cas complexes, où, dépistant la nature de la maladie, elle trouve la réalité à travers les apparences protéiformes de l'entéroptose, où, reléguant au second plan tous les accidents névropathiques que présente la maladie, elle institue une thérapeutique uniquement dirigée contre l'entéroptose.

Jamais le mot de Bouchard : « Tant vaut le médecin, tant vaut sa pathologie générale » ne trouva mieux son application.

Ces cas d'entéroptose à forme névropathique sont certainement les plus remarquables et les plus saisissants de la pratique journalière.

Ils sont le triomphe de la thérapeutique pathogénique comme de la découverte de Glénard, car, en quelques jours, ils transforment des malades jusqu'alors incompris, chez qui tous les efforts et tous les remèdes étaient restés sans résultats.

Le traitement des formes névropathiques de l'entéroptose sera donc avant tout celui de la déséquilibration abdominale.

Quant aux détails de ce traitement, on peut dire d'une façon générale que le traitement sera institué avec la même mesure et le même degré d'énergie que dans la forme asthénique.

Même appliqué avec ces adoucissements, souvent il suffira à lui seul, et, ainsi établira du même coup d'une façon saisissante l'influence pathogénique de l'entéroptose sur la production des accidents nerveux.

En tête des observations de cette variété d'enté-

roptose, je place la suivante de Féréol pour la rapprocher des deux précédentes avec lesquelles il l'a publiée.

Sans plus de commentaires je donne la parole au regretté médecin des hôpitaux.

Obs. XII. — *Entéroptose à forme névropathique de date ancienne* (22 *ans*) (Féréol).

Dans les deux observations précédentes, j'ai apporté un soulagement si considérable qu'il peut passer pour une guérison, à deux malades qui étaient soignées depuis plusieurs années par deux de nos collègues les plus éminents, tous deux mes amis, qui m'ont autorisé, ce dont je ne saurais trop les remercier, à vous communiquer ces faits sans taire leurs noms.

Dans la suivante, *c'est moi-même, sans nulle vanité*, qui était depuis vingt-deux ans le médecin traitant de la malade; je n'avais pas su la guérir, non plus qu'aucun des nombreux confrères auxquels je l'avais adressée, ou qu'elle avait consultés d'elle-même; la liste en est longue, et vous verriez, s'il m'était permis de vous la communiquer, qu'elle comprend les noms les plus célèbres de la Faculté, et même quelques-uns de l'étranger.

Cette dame, âgée aujourd'hui d'une cinquantaine d'années, fille d'un père très nerveux et probablement alcoolique, très nerveuse elle-même, et ayant dès l'époque de la puberté des idées d'obsession scrupuleuse, qui se représentèrent à plusieurs reprises après son mariage, tomba tout à fait malade, il y a vingt-six ans, pendant une grossesse très pénible (dernière de cinq). L'accouchement fut mauvais, suivi de pertes hémorrhagiques et de métro-péritonite assez grave; je lui donnais alors mes premiers soins. Depuis lors, malgré des améliorations plus ou moins longues, elle est restée en proie à une dyspepsie intestinale caractérisée par une diarrhée revenant surtout le matin, et alternant parfois avec de la constipation; chaque fois que ces troubles intestinaux se reproduisent, la malade est prise d'idées noires, scrupules, mélancolie profonde, débilité générale, dégoût de tout, impossibilité de marcher, de s'occuper a

quoi que ce soit. Je ne puis dire ici tout ce qui a été tenté comme médication, eaux minérales, en France et à l'Étranger, stations dans le Midi, l'hydrothérapie, l'électricité statique ou dynamique ont été dirigées contre l'état général, et aussi contre l'état local, car il lui était resté des règles hémorrhagiques très violentes, qui m'ont fait admettre la possibilité d'une complication de fibrome utérin. La ménopause, sur laquelle on comptait pour améliorer la situation, n'eut qu'un effet temporaire, et toujours la situation restait foncièrement la même.

J'avais fini par me rallier dans ce cas à l'opinion de M. Charcot et à admettre que la névropathie était l'origine première de tous les accidents.

Au mois de mars dernier, la malade que je n'avais pas vu depuis assez longtemps, vint me faire part d'un nouvel incident. Sa fille était accouchée, avec l'habile concours de notre collègue, le docteur Charpentier. C'était une occasion pour la mère de consulter un nouveau médecin; elle n'y manqua point; celui-ci trouva une déviation utérine (que je connaissais de longue date), et Mme A. venait me dire précisément que M. Charpentier espérait remédier à tout en traitant le déplacement utérin. La malade renaissait encore une fois à l'espérance; car, chose remarquable, elle se refusait toujours à être une névropathe pure; elle était toujours persuadée que sa maladie devait avoir une cause que nous ne savions pas découvrir, et me reprochait sans cesse amicalement de ne pas y songer assez. Or, cette fois, elle se croyait à moitié guérie, puisqu'on avait ensuite découvert la cause de son mal. Il m'en coûtait de lui ôter son illusion. Pour me donner le temps d'y songer, je l'examinai de nouveau, à fond, ce que je n'avais pas fait depuis longtemps. Mme A. était tombée dans un état d'amaigrissement extrême et de faiblesse inquiétante. Le ventre flasque et plissé se prêtait à une exploration profonde. Je constatai facilement que le rein droit était descendu presque dans la fosse iliaque; le paquet intestinal était réduit à un volume minimum, et semblait constitué par un amas de petites cordes; je tentais l'épreuve du relèvement de l'abdomen à l'aide des deux mains; elle réussit pleinement, aussi bien que la contre-épreuve.

Dès lors, je reconstituai de souvenir tout le tableau de l'entéroptose que j'avais eu sous les yeux depuis vingt-deux ans sans le voir.

Je priai M. Charpentier de venir visiter la malade avec moi et avec M. Glénard, qui était en ce moment à Paris.

Le traitement fut institué : laxatifs quotidiens, alcalins, régime, sangle pelvienne. Celle-ci ne fut pas commode à installer avec l'extrême maigreur de la malade. On en vint à bout cependant, et depuis cette époque la malade porte une sorte de corset-cuirasse inférieur, qui remonte presque jusqu'aux côtes, et qui est garnie d'une large plaque en croissant avec pelote volumineuse.

Le soulagement obtenu par ces moyens combinés fut instantané. La malade put marcher, dormir et digérer. Il y eut quelques rechutes, il est vrai ; deux séjours à Vichy, en mai et en septembre, ont amené une amélioration telle que la malade put faire un voyage dans le nord de l'Italie. Aujourd'hui, elle a repris la vie de tout le monde, et, si elle a encore quelques malaises, elle est complétement délivrée de son obsession, de l'abattement mélancolique et de la débilité inquiétante où je l'avais vue il y a huit mois. Si ce n'est pas encore une guérison complète, c'en est bien près, et il est permis d'espérer que nous y arriverons ; en tout cas, c'est, dès maintenant, une existence très acceptable, dont la malade se déclare fort heureuse en comparaison des souffrances passées, et il était impossible d'espérer mieux ni même aussi bien dans un état pathologique si grave, si complexe et si ancien. Hier même, par une coïncidence toute fortuite, j'ai vu Mme A. dans mon cabinet, elle est tellement reconnaissante qu'elle m'a offert de venir se soumettre à votre examen [1] ».

La grande autorité qui s'attache au nom de Féréol, son éclatante adhésion aux idées de Glénard, nous ont fait citer cette observation à une place d'honneur.

Cependant les faits de ce genre ne sont pas rares dans la pratique.

L'observation suivante en est encore un exemple.

1. Féréol, *Communication à la Société médicale des hôpitaux*, 1888.

OBS. XIII. — *Entéroptose à forme névropathique d'origine puerpérale* (personnelle, inédite).

Madame R., âgée de 32 ans, a eu son premier enfant il y a sept ans. A la suite de cet accouchement elle a conservé une faiblesse générale qui a été considérée comme de *l'anémie suite de couches*, et qui dura six mois. La guérison fut de courte durée ; peu après elle retombait, et depuis cette époque elle est presque continuellement souffrante.

Les médecins qu'elle a vu l'ont traitée pour de l'anémie et du nervosisme ; le fer, le bromure et une alimentation riche en viande ont été tour à tour et longtemps employés.

Aujourd'hui 1er décembre 1892, elle ne prend plus guère de médicaments ; elle semble résignée à supporter ses misères et ne me consulte que parce que je suis dans la maison pour soigner son enfant. La première chose, la seule dont elle se plaint, ce sont ses idées noires et son caractère impressionnable et irritable : « J'ai tout ce qu'il faut pour être heureuse, me dit-elle, je le sais, je le vois, et mes idées m'empêchent de l'être. Je suis triste, j'ai des idées sombres et je ne sais pourquoi. »

Je la laisse causer et d'elle-même elle ne sort pas de cet ordre d'idées.

Je la fais remonter à l'origine du mal et aussitôt elle me dit : « Quand j'étais jeune fille, je n'étais pas du tout nerveuse ; c'est après mon mariage que je le suis devenue (un peu plus de neuf mois après, elle avait un enfant) ; mais elle ne précise pas davantage ses souffrances. Ce n'est que par un interrogatoire méthodique que j'arrive à apprendre son anémie, suite de couches, et les alternatives d'amélioration et d'aggravation par lesquelles elle a passé depuis lors.

Il faut encore que j'éveille plusieurs fois son attention du côté de ses souffrances, pour qu'elle parle d'autre chose que de son nervosisme et de ses idées noires.

A la longue, il ressort de notre interrogatoire :

Troubles digestifs : que la malade a souvent mal à l'estomac, qu'elle doit surveiller son alimentation, qu'elle doit souvent prendre quelque chose ; qu'elle est arrivée d'elle-même à faire cinq repas par jour ; qu'elle est toujours constipée.

Symptômes asthéniques : qu'elle se sent toujours fatiguée, encore plus à son lever que l'après-midi, qu'elle a des douleurs de reins.

Troubles généraux : qu'elle a beaucoup maigri depuis son mariage, que souvent elle se réveille la nuit, mais que l'insomnie n'est prolongée que lorsque ses idées sombres lui reviennent.

En résumé, cette malade au premier abord absolument indéchiffrable, nous donne une description typique d'une entéroptose suite de couches.

L'examen du ventre confirme le diagnostic et fait découvrir de la flaccidité de l'abdomen et une néphroptose double surtout accusée à droite.

En moins de huit jours le traitement de l'entéroptose avait transformé cette malade.

Cette observation est pleine d'enseignements.

1° Ce diagnostic d'anémie suite de couches est une erreur fréquente dont nous voyons ici un exemple frappant.

Le mieux survenant au bout de quelques mois est de nature à induire en erreurs, et à faire méconnaître l'origine du mal, quand on n'est pas averti des améliorations incomprises qui surviennent dans l'entéroptose même non traitée.

Mais ce qui est particulièrement remarquable et instructif, c'est la nature des phénomènes pour laquelle la malade me consulte, c'est la physionomie sous laquelle l'entéroptose se présente sept ans après son début. C'est enfin la difficulté que l'on a à reconnaître la maladie de Glénard, à en reconstituer l'histoire et la marche quand on n'a pas présente à l'esprit l'idée d'entéroptose.

Nous ne saurions trop insister sur ce point capital de la pratique : le traitement de la déséquilibration abdominale est le traitement, de beaucoup le plus efficace, de l'état névropathique.

Les observations suivantes sont encore des exemples du rôle secondaire que les accidents nerveux doivent occuper dans le traitement de l'entéroptose.

Obs. XIV. — *Entéroptose à forme névropathique avec troubles dyspeptiques* (Trastour).

Une jeune fille de 18 ans me consulte le 26 juin 1888 ; elle travaille aux champs ; forte, grasse, réglée pendant sept jours toutes les trois semaines, anomalie que j'observe souvent avec l'entéroptose, elle a toujours mal au cœur, des gaz après les repas, l'S iliaque encombrée, mate, le rein droit abaissé et douloureux ; elle est triste, inquiète, peureuse, neurasthénique. Elle a fait une chute de cheval à la Toussaint 1887, elle porte souvent des seaux d'eau et de lourds fardeaux.

Depuis sept ou huit mois, toujours souffrante, elle ne travaille plus qu'en misérant.

Je conseille : rhubarbe, magnésie et fleurs de soufre à prendre au premier déjeuner ; l'arséniate de soude uni aux gouttes amères, aux deux repas ; une ceinture pour soutenir le bas-ventre.

21 *juillet*. — Transformation complète, dit sa mère, dès que le traitement a été commencé.

Tous les symptômes morbides ont disparu, y compris l'encombrement colique. Continuation du traitement.

Le rein se retrouve en prolapsus ; l'épreuve de la sangle, répétée, est positive ; la ceinture est gardée jour et nuit et ne peut être quittée sans malaise.

J'ai revu la malade en mars 1889 ; j'ai retrouvé les mêmes symptômes ; la santé continue à être meilleure.

Obs. XV. — *Entéroptose à forme névropathique simulant la chlorose* (Trastour).

Une sœur tourière, âgée de 22 ans, pâle, assez maigre, quoique bien musclée des bras, toujours souffrante depuis six mois, passait pour chlorotique.

Elle avait des douleurs de dents, des névralgies, des langueurs inexpliquées, des défaillances, un défaut complet d'appétit ; pourtant ses règles continuaient à venir. Du fer, de l'iode ont été essayés en vain. Une petite toux sèche inquiète les supérieures.

En septembre 1888, je l'examine. Rien au poumon ni au

cœur; elle souffre toujours dans le ventre; en apparence, rien d'anormal. L'abdomen est un peu rond; les selles sont rares, tous les deux ou trois jours; il n'y a pas de vomissement.

L'épreuve de la sangle, répétée, est très concluante; douleur vers l'hypocondre droit, à la pression; mais le rein droit n'est pas senti. A gauche, c'est la même chose. Alors elle dit que debout, à genoux, surtout en balayant. elle croit toujours qu'elle va se trouver mal; tout tombe; pas de point d'appui au bas ventre; vives douleurs de reins; insomnie persistante.

Je conseille : ceinture pour le bas-ventre; bicarbonate de soude, 0 gr. 75; aloès, 0 gr. 03, aux deux repas; une pilule de podophylle, le soir au coucher.

En avril 1889, la malade pourvue d'une bonne ceinture, qu'elle ne peut quitter ni le jour, ni la nuit, reconnaît que son état n'est pas comparable; elle marche, elle travaille, non sans quelques misères; elle a surtout parfois un sentiment de défaillance [1].

Ces deux malades ont, comme elles le reconnaissent elles-mêmes, été radicalement transformées. Le mot guérison, ici comme dans d'autres observations, serait excessif; mais il faut aussi convenir qu'il est difficile dans la pratique de suivre régulièrement et longtemps une fille des champs et une sœur tourière et de s'assurer de l'exacte exécution des multiples indications de l'entéroptose.

Dans ces conditions souvent on ne guérit pas les malades, mais on transforme leur existence. Le résultat est déjà satisfaisant.

L'*hystérie* vient parfois compliquer les allures de l'entéroptose et lui donner une physionomie particulière où il est difficile de faire la part des troubles digestifs qui relèvent de l'état de l'estomac et de ceux qui reconnaissent le système nerveux pour cause.

1. Trastour, p. 29 et suiv., *loc. cit.*

Déjà en décrivant les formes cliniques de l'entéroptose, nous en avons cité un exemple. Le suivant n'est pas moins probant.

Obs. XVI. — *Entéroptose à forme névropathique. Hystérie.* (personnelle, inédite).

La nommée V., ménagère, âgée de 28 ans, a eu quatre enfants. Elle souffre depuis deux ans de pesanteurs d'estomac et d'étouffements survenant plusieurs heures après les repas. Elle est sujette aux migraines et à la constipation.

Elle a perdu notablement ses forces, a une petite toux sèche, a fort maigri, et son entourage craint la pthisie.

Le médecin de la famille l'a traitée pour de la dyspepsie et de l'anémie, et c'est l'insuccès d'efforts qui la décide à demander mes soins.

Dès ma première visite, je songe à l'entéroptose. La malade en présente les stigmates : pesanteurs d'estomac, appétit, mais appréhension de manger.

Constipation habituelle interrompue par des débacles.

Amaigrissement inquiétant.

Grande faiblesse au lever, se dissipant dans la journée.

Phénomènes hystériques compliquant ce tableau.

A mon premier examen, au lit, la sensibilité abdominale ou plutôt l'hypéresthésie est telle que la palpation provoque des étouffements, des cris et une explosion de larmes. Ces phénomènes hystériques me font renoncer à une exploration profonde et ne me permettent de constater que la flaccidité de l'abdomen. Je pratique l'épreuve de la sangle; au préalable je fais marcher la malade au saut du lit; aux premiers pas elle ne peut à peine tenir debout, et va titubant comme une femme ivre.

Je fais l'épreuve de la sangle avec les mains; la malade accuse un réel soulagement, à la contre-épreuve, elle dit qu'elle sent que son ventre tombe et lui pèse.

Je refais alors l'épreuve avec une ceinture. La femme se sent alors un mieux-être qui la rend rayonnante : elle marche aussitôt avec plus d'assurance et sent son état tellement amélioré que lorsque je propose de retirer la ceinture, elle veut la garder à tout prix.

Le 12 août, elle porte définitivement une ceinture, elle se sent plus forte, n'éprouve plus d'étouffements, mais le soir,

en enlevant sa ceinture, elle est reprise de cette sensation d'étouffement.

Traitement : Pas de féculents, de crudités, de vin, ni de lait, repas supplémentaires, laxatifs quotidiens.

22 *août*. — Dix jours après l'institution du traitement, la malade se déclare enchantée ; elle digère mieux et n'a plus de phénomènes nerveux. Elle attribue sa transformation entièrement à sa ceinture et néglige l'usage des laxatifs.

30 *août*. — Même satisfaction, même mieux-être. La malade se permet même des écarts de régime sans s'en ressentir.

La malade veut quelques jours plus tard revenir à l'usage du lait et en prend chaque matin. Cet usage du lait continué durant une semaine amène huit jours d'aigreurs qui se se font sentir non seulement durant la matinée, mais toute la journée.

La malade n'observe pas plus la coïncidence que cette influence du lait sur les digestions de toute la journée.

1er *septembre*. — Sur notre conseil, elle supprime le lait et les fonctions digestives se rétablissent.

Commencement novembre ; je revois la malade qui, en fait de traitement, se contente de se priver de lait et de vin et à porter sa ceinture.

L'état général est florissant et son retour à la santé se traduit par une notable augmentation de poids.

Mais huit jours plus tard, à l'occasion d'une constipation négligée, les troubles digestifs reparaissent avec des migraines et une fatigue inaccoutumée.

L'usage plus régulier des laxatifs suffit à enrayer cette menace de rechute.

Ce second avertissement convainc la malade de la nécessité de l'emploi des laxatifs, comme le premier de celle de la suppression du lait.

Depuis ce jour elle s'observe et se porte bien.

Au premier abord on ne pourrait voir dans ce cas que des manifestations hystériques calmées par la compression de l'abdomen, ou bien une dyspepsie nerveuse.

La nature des symptômes digestifs, l'état général, la cause des rechutes prouvent bien que la

maladie reconnaît pour cause la désiquilibration *abdominale*.

L'observation suivante n'est pas moins instructive.

Obs. XVII. — *Entéroptose à forme névropathique.* (personnelle inédite).

1893, 28 *mars*. — Mme P. âgée de 55 ans, arrivée depuis six ans à la ménopause, névropathe d'ancienne date, fortement obèse depuis sa jeunesse.

Habituellement sédentaire, elle a fait avec beaucoup d'appréhension, il y a six mois, un voyage de deux jours qui l'a grandement fatiguée, et qui, pour elle, est l'origine de tous ses maux.

Depuis lors, elle souffre constamment de *troubles digestifs* consistant en sensations d'étouffement et éructations après chaque repas, en constipation habituelle, douleurs de ventre. Ces troubles revêtent un caractère tellement pénible qu'elle n'ose pas manger.

Elle se plaint également d'*insomnie*, et d'une *asthénie* telle qu'elle ne peut rester sur ses jambes. Cette faiblesse s'accompagne de douleurs lombaires s'irradiant dans la partie supérieure du dos, remontant jusqu'à la nuque, douleurs qui cessent au lit et reparaissent aussitôt dans la position verticale.

Depuis trois mois, la malade a notablement maigri.

Habituée depuis des années à ne rien prendre le matin, elle reste à jeun jusqu'au repas de midi. A ce repas, elle prend un peu de purée de pommes de terre, parfois un œuf, jamais de viande, elle boit de la tisane; le soir vers 6 heures, elle prend une panade; quand elle mange plus tard, la nuit est plus mauvaise, et c'est le régime qu'elle suit depuis plus de deux mois.

Quand on lui parle de lait : « Le lait, dit-elle, c'est ma mort », et elle explique qu'il lui donne des étouffements avec angoisse.

« Je ne me trouve bien que dans mon lit, ajoute-t-elle. Je peux à peine me tenir sur mes jambes et me soulever. » De fait, elle est incapable de s'occuper de quoi que ce soit de son ménage, elle ne peut même rester cinq minutes debout.

Enfin, cette femme a une hernie ombilicale, grosse comme un œuf de pigeon, dont le début remonte, dit-elle, à un an, et dont elle ne peut expliquer l'origine; elle est également porteuse aux deux jambes d'ulcères variqueux déjà plusieurs fois guéris, actuellement ouverts et dont elle fait remonter l'origine à son unique accouchement, qui fut très laborieux et suivi d'accidents graves et de longue durée.

L'esprit incohérent de ma malade, atteinte d'autre part de surdité, rend très difficile la question des antécédents morbides comme la direction du traitement et me fait renoncer à entrer dans les détails.

L'exploration abdominale ne peut y suppléer, car l'épaisseur de la couche de graisse qui garnit la paroi, enlève à cet examen tout caractère précis. Le ventre est tellement volumineux qu'il descend presqu'à mi-cuisse. Cependant la malade affirme avoir notablement maigri, et ses vêtements largement flottants le prouvent bien.

1er *avril.* — Je prescris une ceiuture ventrière, espèce de ceiuture de grossesse qui relève et serre bien ce ventre volumineux. J'ajoute à cette prescription l'usage quotidien d'une pilule laxative suivant la formule : poudre d'aloès, ext. rhubarbe, savon jalape, ââ 0,05, et la recommandation d'un régime substantiel où, à défaut de la viande qui répugne à la malade, les œufs tiennent une large place.

5 *avril.* — A ma visite suivante, la malade nous dit que, depuis qu'elle porte ceinture, sa vie est transformée.

Auparavant, elle ne pouvait quitter sou lit sans le bras de son mari, et dans la journée rester cinq minutes debout.

Maintenant, elle fait tout son ménage. Ce matin elle s'est levée à 6 heures et depuis cinq graudes heures elle est sur pied sans sentir ni fatigue, ni faiblesse.

Quant aux fonctions digestives, plus d'étouffements, elle mange mieux, prend de la viande et ne sent plus son estomac.

Les pilules laxatives lui ont procuré en moyenne deux selles par jour et les douleurs du ventre ont disparu.

Si nous avions annoncé et affirmé cette transformation, à la patiente nous pourrions croire à une influence suggestive, mais uous n'avons rien fait de semblable.

La malade accuse encore, au moindre mouvement, des douleurs lombaires, s'étendaut dans toute la hauteur du rachis, mais ces douleurs qui jadis étaient tellement pénibles, qu'elle avait toujours, dès qu'elle se mettait en mouvement,

la main appuyée sur les lombes, ont perdu de leur acuité et la malade a cessé toute compression manuelle.

26 *avril*. — Sous l'influence de compresses d'alcool camphré, les douleurs lombaires ont diminué beaucoup d'intensité. A part ses lombes la malade se dit guérie et déclare qu'elle recourrait à mes soins si la moindre rechute se présentait.

Remarques. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre.

Elle nous montre d'abord que si l'entéroptose est habituellement le fait des sujets maigres, des ventres excavés, elle n'en est pas l'apanage exclusif.

Nous en avons vu, et, par la suite, en verrons encore d'autres exemples.

Elle est particulièrement instructive au point de vue de l'*origine* de la maladie et de la *variété de ptose* abdominale qui est ici en cause.

L'obésité, la présence d'ulcères variqueux chez une unipare sédentaire, font d'abord songer à une tare hépatique primitive que le dégoût pour la viande vous porte encore à admettre. Cette orientation pathogénique nous fait pronostiquer une guérison qui se fera attendre et croire à une entéroptose secondaire.

L'entéroptose n'est pas douteuse : les troubles digestifs, l'indigestibilité du lait, la constipation, l'insomnie, l'asthénie, la survenance de cette hernie ombilicale des dimensions d'un œuf de poule en prouvent l'existence. Mais la tare hépatique ne l'a pas seule produite. Le voyage en chemin de fer pour un sujet qui ne faisait jamais de fatigue, le relâchement et le prolapsus de la paroi abdominale, l'amaigrissement survenu depuis trois mois sont encore autant de facteurs étiologiques qui ont joué un rôle.

Le *traitement* vient par ses effets éclairer cette

pathogénie. Les résultats immédiats montrent que le foie est peu ou pas en cause, ou du moins que ses troubles sont plutôt consécutifs qu'antérieurs à l'entéroptose, puisque, en quelques jours, par le seul traitement de la déséquilibration abdominale, le seul signe récent de tare hépatique, à savoir, le dégoût pour la viande, disparaît.

Au contraire, le renforcement de la paroi abdominale par une ceinture, et les effets si rapides qu'il produit, établissent que le prolapsus pariétal en favorisant le prolapsus viscéral, avait ici le premier rôle. L'état psychique de la malade nous empêche de prescrire un régime; nous ordonnons simplement le port d'une ceinture et chaque jour une pilule laxative, et nous obtenons la guérison en quelques jours.

Ce fait prouve d'une façon évidente la place importante que la tension abdominale occupe dans la *pathogénie de l'asthénie* et la déséquilibration du ventre en général.

Le traitement habituel de l'état névropathique doit parfois être également mis en œuvre, mais il ne réussit qu'à la condition d'être associé au traitement de la déséquilibration abdominale.

Hors de là point de guérison possible.

Les diverses ressources de ce traitement sont celles de la thérapeutique névropathique en général; aussi nous les passons sous silence pour revenir sur un point très important de la pratique, à savoir : l'état psychique des malades.

L'entéroptose à forme névropathique se complique souvent de tristesse, parfois même d'hypochondrie.

Nous citions tantôt un exemple d'idées noires.

Parfois la forme mélancolique est bien plus ac-

centuée, les idées les plus sombres hantent d'une façon continuelle l'esprit du sujet.

Dernièrement, appelé en consultation auprès d'une malade de ce genre, qui précisait aussi bien l'origine que la nature de son mal qui avait pourtant été méconnu, j'en ai eu un exemple frappant.

Le milieu dans lequel vivait la malade, le peu d'influence de son entourage, l'abus qu'elle avait fait des médecins et de la médecine, l'état mental qui résultait de ces fâcheuses conditions m'ont fait renoncer à la traiter. J'étais en effet convaincu qu'il fallait l'intervention et l'autorité d'un tiers pour obtenir l'exécution de mes présomptions et je ne pouvais réaliser cette condition.

Il faut en effet, quand le médecin ne peut suivre le sujet, qu'il trouve dans l'entourage une personne qui ait une autorité suffisante pour imposer ses volontés et dominer la malade. Sans ce concours, le traitement n'est pas suivi, et partant ne donne pas de résultats.

L'influence morale du médecin, avec sa puissance suggestive, doit en effet trouver son complément dans une garde-malade intelligente et écoutée.

La suggestion par la parole appelle avec elle bien plus l'association, qu'elle n'entraîne l'exclusion des agents thérapeutiques. Nous avons suffisamment insisté sur leur emploi pour ne pas revenir sur les avantages que leur usage présente parfois dans la pratique.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS DE LA FORME NEURASTHÉNIQUE DE L'ENTÉROPTOSE ET SON TRAITEMENT.

Malgré les apparences contraires, ou, d'une façon plus précise, malgré la prédominance des accidents nerveux sur les troubles du système digestif, le traitement de la maladie de Glénard est le premier traitement à instituer, le traitement fondamental dans le cas d'entéroptose à forme neurasthénique.

Comme le dit Malibran, « la neurasthénie n'est qu'un des modes de réaction de *certains* systèmes nerveux sous l'influence de fatigues ou de secousses de diverses natures. »

La prédisposition morbide, le terrain héréditaire, d'autres facteurs étiologiques constituent de toutes pièces ces *certains* systèmes nerveux ; l'entéroptose, avec ses souffrances et ses longueurs, représente l'ensemble des secousses physiques et morales qui font éclater et développer la neurasthénie.

Tout entéroptosé neurasthénique relève donc du traitement de l'entéroptose.

Le traitement comprend le traitement de la déséquilibration abdominale avec ses trois indications fondamentales. Il doit, d'une façon générale, être appliqué *comme dans la forme asthénique*, avec un degré d'énergie en rapport avec l'état des voies digestives. Cette indication rend tout commentaire superflu.

Il comprend également à la fois celui de la tare hépatique et de la tare nerveuse. Comme nous l'avons vu et expliqué en décrivant la forme neurasthénique, ces deux tares se trouvent habituellement

assurées dans cette forme d'entéroptose; elles doivent donc être également assurées dans le traitement diathésique.

Cette conclusion se dégage de l'expérience et des travaux de Glénard.

Le traitement de l'*hépatisme* combat le fond diathésique de l'arthritisme que Grasset[1] reconnaît sous la neurasthénie et que Lancereaux décrit sous le nom de *neurarthritisme*; il combat l'état hépatique qui favorise et aggrave la marche de l'entéroptose.

Le traitement de l'*état neurasthénique* sera également institué; il comprendra les ressources que nous avons indiquées en donnant le traitement de la tare nerveuse, mais il n'interviendra qu'au second rang, et dans la mesure où il est en harmonie avec les indications qui naissent de la maladie de Glénard, laquelle est, je le répète, la cause entretenant et développant l'état nerveux.

Les observations qui suivent, établiront mieux que tous les arguments la manière dont le traitement doit être conduit dans la pratique ordinaire.

Obs. XVIII. — *Entéroptose à forme neurasthénique d'origine puerpérale*. Fr. Glénard (inédite).

1887. — Mme T., arrivée à la ménopause depuis bientôt un an, est malade surtout depuis quinze mois : elle a « mal à l'estomac », ne digère plus rien et, depuis dix mois, suit la diète lactée exclusive. Pendant le premier mois elle alla mieux, mais, depuis lors, une à deux heures après chaque ingestion, elle éprouve des spasmes nerveux, un tremblement et des battements de cœur, une céphalalgie violente et a sensation « qu'elle va mourir ».

Elle est toujours énervée, a une céphalée constante, des

1. Grasset, *Quelques cas d'hystérie mâle chez les neurasthéniques* (*Montpellier médical*, 1881).

« tapements dans les reins, le cœur, l'estomac, les genoux, les bras, les nerfs, avec sensation de serrement » : ces malaises augmentent après les repas : vertige constant, appétit bon, appétence de viande rôtie, de choucroûte.

Sommeil agité : insomnie irrégulière de 1 à 2 heures et demie la nuit, constipation opiniâtre.

La maladie a débuté il y a six ans par des idées noires, de l'insomnie, des spasmes nerveux; « bouleversement » de tout le corps, surtout le soir en se couchant ; souvent vomissements vers 9 heures du soir et surtout au moment des règles qui, à l'époque du début de la maladie parurent tous les huit jours pendant deux mois. Depuis six ans, la malade a engraissé progressivement.

L'an passé elle dut garder le lit deux mois, à cause de douleurs de reins, céphalée « sautements de l'épigastre, des reins ».

A la palpation, le ventre est gros et flasque, pas de ptose; la contre-épreuve de la sangle est caractéristique. Quand on interroge le passé traumatique de la malade, elle nous apprend qu'il y a vingt-trois ans. peu après la naissance de sa fille, elle soigna son mari, dut monter beaucoup d'escaliers, et éprouva alors des douleurs abdominales et de l'énervement comme aujourd'hui. Depuis lors, elle resta toujours faible et énervée.

Traitement de l'entéroptose : (sangle, laxatifs, régime carné exclusif et œufs, cure de Vichy). Dès le premier jour la malade, qui depuis dix mois n'ose ingérer que du lait, est stupéfaite de si bien digérer, et de si bien digérer la viande crue (dont elle prend 200 grammes par jour), elle ne sait assez exprimer les bienfaits qu'elle doit, dit-elle, à sa ceinture; des qu'elle la quitte, la douleur à l'épigastre qui était supprimée, revient plus forte.

La malade marche mieux, son sommeil est bon, elle mange beaucoup, les selles sont régularisées par les laxatifs; elle épouve moins de « tapements », moins de ces spasmes nerveux « où elle mourait ».

La céphalée, avec douleur bi-temporale et à la nuque se dissipe peu à peu. Vers la troisième semaine, Mme C. ne se plaint plus de rien, mais elle ne peut supporter que la viande crue dont elle mange cinq cents grammes par jour. Dès qu'elle essaie la viande rôtie, elle est reprise de tremblements, battements de cœur, chaleurs, énervement une heure et demie

après avoir mangé et ces accidents durent pendant deux heures.

1888. — Mme C. eut, à son retour de Vichy, une excellente période qui dura six semaines, puis une rechute qui dura trois mois à la suite de laquelle elle eut quatre mois excellents, pouvant digérer rôtis et potages, mais non les légumes.

Je la revois au début d'une seconde rechute ; elle se plaint de chaleurs, brûlures d'estomac, uue heure et demie après le repas et pendaut la nuit surtout, mais elle n'a plus ni « tapements » ni douleurs abdominales, elle est plus forte. Elle ne peut marcher sans sa ceinture.

Elle se plaint encore de céphalalgie constante et d'une impression constante de frayeur, de terreur; elle se serait laissée mourir de faim, me dit-elle, si, au moment de sa rechute, je ne l'avais encouragée dans les lettres que j'écrivais à son médecin.

J'ajoute à son traitement la cure de Vichy, l'hydrothérapie et conseille une sangle plus haute (20 centim.), dont elle apprécie de suite les meilleurs effets. On peut bientôt ajouter les pommes de terre à son régime azoté; quelques pointes de feu contre une sensation persistante de brûlure à l'épigastre furent efficaces. Le bromure, essayé par acquit de conscience contre la céphalalgie avec douleurs au front et à la nuque, fut iuefficace. Ces malaises se dissipent ensuite spontanément et la malade me quitta en fort bonne voie.

A la palpation, j'avais noté seulement de la seusibilité du flanc droit (cœcum).

1889. — Mme C. s'est bien portée. Cette année elle digère bien les légumes, mais pas encore les graisses. Elle a essayé de diminuer la hauteur de sa ceinture (20 centim.), mais « ne put y tenir, elle sentait descendre son estomac ».

La marche, le sommeil sont bons. La malade a des selles régulières, en ne prenant de laxatif salin que tous les deux jours et de temps à autre un peu de séné.

A noter, dit Glénard : L'inefficacité de la diète lactée, l'argument fourni par cette observation en faveur de l'existence d'une neurasthénie (vraie) sgmptomatique. L'obésité croissant avec l'aggravation. La prédisposition datant de vingt-trois ans et mise en jeu au bout de dix-sept ans. La brusque amélioration produite par le traitement. La quantité de viande crue râpée (500 grammes) que peut prendre un malade chaque jour sans inconvénient ; une rechute six semaines après une cure de Vichy (échéance fréquente). L'échelle des aliments d'abord indigestes graduellement

devenus digestibles. La persistance de l'indication de la sangle après le retour à la santé.

L'observation suivante nous montre encore l'influence du traitement de l'entéroptose sur des accidents neurasthéniques de date ancienne.

Obs. XIX. — *Entéroptose à forme neurasthénique d'origine traumatique.* Fr. Glénard (inédite).

1887. — Mme B., 44 ans, grasse, est malade surtout depuis dix ans; elle a eu cinq enfants. Elle a perdu le troisième du croup au treizième mois de l'allaitement. A cette époque parurent maux d'estomac, vomissements, fringale, mélancolie qui se dissipèrent totalement après quelques mois. Le quatrième enfant fut allaité par elle durant quatorze mois. A sa dernière grossesse, il y a six ans, elle sentit brusquement, au huitième mois, tomber son ventre et elle éprouva sur le moment des douleurs à la vessie, avec une sensation de « grand vide » et de vertige. Ce fut à la suite d'une pénible promenade à la descente d'une montagne; c'est depuis lors, dit-elle, qu'elle est toujours fatiguée. Cette étiologie ne fut trouvée qu'à force de fouiller les antécédents de la malade, qui, n'y attachant aucune importance, l'avait oubliée. Actuellement elle se plaint surtout de vertiges, de difficultés de la marche, particulièrement pour descendre, de tiraillemeuts, fausse-faim trois heures après le repas; étouffements, gonflement en quittant la table, constipation, battements de cœur, insomnie après 2 heures du matin.

Une ceinture, conseillée par une amie que j'avais soignée, ne lui fit aucun bien, et provoqua au contraire de l'étouffement.

Elle a suivi depuis six ans des cures à Divonne, à Plombières; depuis trois ans, elle porte un pessaire, grâce auquel, dit-elle, elle peut se tenir droite.

Ce qui la tourmente encore le plus, c'est une douleur à la nuque, qu'un médecin a attribué à de l'arthrite sèche et qui l'empêche de lire, de s'occuper, de rester à table; c'est un état de vertige, de mal de cœur, d'effacement de ses facultés, d'oubli, qui s'aggrave lorsqu'elle digère mal. Agoraphobie. Rien à la palpation; rupture du périnée.

Traitement de l'entéroptose (sangle de 20 centim., laxatifs, régime, hydrothérapie, cure de Vichy).

Amélioration graduelle des troubles digestifs, de la marche, et de la douleur de la nuque. Trois semaines après le début du traitement, il persiste des vertiges et de l'agoraphobie.

La malade a pu enlever son pessaire et marche même mieux depuis sa suppression.

Cinq mois après, j'apprends qu'elle va bien mieux, apprécie sa ceinture dont elle ne peut se passer, mais a encore des vertiges et de l'agoraphobie.

1889. — L'amélioration continue : la malade peut mieux marcher et a moins de mal de cœur, grâce, dit-elle, à sa ceinture; elle n'a plus eu de douleurs à la nuque et n'est plus obligée de sortir de table pendant le repas. Le sommeil est bien meilleur. L'obésité a diminué et depuis l'an passé, la malade a perdu 3 kil. (elle pèse aujourd'hui 69 kil.). Elle ne suit plus aucun régime, aussi a-t-elle vu revenir quelques malaises deux heures après le repas (fringale, éructations). Le vertige et l'agoraphobie persistent encore durant six mois, alors même que la malade pouvait faire une promenade de 6 à 7 kilomètres. Elle ne se plaignait de rien autre et ne pouvait se passer ni de sa ceinture, ni des laxatifs salins.

Le régime défectueux doit être accusé de la persistance des derniers symptômes qui survinrent.

A noter, ajoute Glénard : Influence combinée du chagrin et du sevrage sur le développement d'une dyspepsie neurasthénique. Le retour de la forme neurasthénique à l'occasion d'un traumatisme. La difficulté d'une étiologie exacte qu'on n'édifie qu'à force de recherches. Le danger des étiologies classiques. La fausse interprétation des malaises attribués à l'utérus, l'efficace substitution d'une sangle à un pessaire. La subordination de la douleur à la nuque à d'autres symptômes. La présence, de date ancienne déjà, de symptômes neurasthéniques, tellement caractéristiques et apparents qu'on eût été tenté, d'après la doctrine actuelle et sans autre information, de leur donner la valeur d'une cause exclusive puisée dans le système nerveux, si l'étiologie traumatique n'avait été dépistée.

Ajoutons que, dans cette observation, l'entérop-

tose est indiscutable par le syndrôme subjectif, l'étiologie, et le résultat de l'épreuve thérapeutique. Quant à la neurasthénie, il y a peut-être une disjonction à faire parmi les symptômes neurasthéniques, entre ceux d'entre eux qui dépendent de l'entéroptose traumatique, et, ceux qui, attribuables à un chagrin survenu antérieurement au moment du sevrage, ont été réveillés par l'entéroptose. L'utilité de cette disjonction ne pourrait être prouvée que si la malade avait voulu se soumettre au régime prescrit : si ce régime eût été efficace contre la neurasthénie, la disjonction ne serait vraiment pas nécessaire : les symptômes neurasthéniques seraient tous symptomatiques du trouble de la nutrition causé par l'entéroptose chez un sujet simplement prédisposé.

On ne saurait trop insister sur l'efficacité du traitement de l'entéroptose dans les formes neurasthéniques : la place qui revient au traitement anti-neurasthénique est tellement secondaire que souvent on peut le négliger ainsi que Glénard l'a fait dans les exemples qui précèdent comme également dans le cas suivant.

Obs. XX — *Entéroptose hépatique. Forme neurasthénique.* Fr. Glénard, (inédite).

1889. — Mme V., 43 ans, grasse, teint coloré, a eu trois enfants il y a dix-neuf, dix-sept et quatorze ans et de bonnes couches; elle les a tous nourris. Après un premier enfant elle a engraissé brusquement jusqu'à 93 kilogs.

Elle se plaint d'un « mal de nerfs » qui débuta il y a huit ans à la suite d'une métrorrhagie, suivie pendant un mois d'une diarrhée de quatre à cinq selles par jour.

Depuis cette époque, c'est-à-dire huit ans, elle éprouve les malaises suivants : serrement d'estomac, état nerveux à

10 heures du soir, si le soir elle a fait un repas quelcouque; le matin, envies de vomir, étourdissements, pieds toujours froids et tête chaude; ne peut supporter ni la foule, ni le théâtre, ni l'église, sans avoir une sensation de serrement et des sueurs profuses.

Il y a deux ans, elle eut durant quinze jours un état de fièvre et une sensation glaciale constante; l'an dernier, pendant deux mois, douleur aux reins et eutre les épaules à ne pouvoir soulever les bras.

Les règles sont régulières, en caillots, et précédées pendant huit jours de pertes blanches, fatigue géuérale, vapeurs jour et nuit.

L'appétit est bon; il se traduit par un besoin de prendre, accompagné de céphalalgie.

Sommeil médiocre.

Mme V. est bonne marcheuse. Elle porte depuis de longues années une ceinture mal comprise, sans laquelle cependant son ventre s'en va.

Son aspect est celui d'uue neurasthénique vraie; les yeux ont une expression étrange.

On ne trouve rien à la palpation. Le ventre est très gras.

Traitement de l'entéroptose (sangle haute, droite, serrée, laxatifs, eau alcaline, régime, douches froides et bains de siège froids). La sangle fut de suite appréciée. Le traitement se poursuivit sans incident. On voit se dissiper graduellement les bouffées vaporeuses, l'insomnie, la céphalalgie; les maux de cœur, le serrement, la fringale; les étourdissements diminuèrent; la malade put prendre un repas le soir, enfin elle alla tous les jours au spectacle.

1890. — Mme V. s'est bien portée, elle a continué à manger le soir sans en être incommodée; elle n'a presque plus de vertiges, et l'agoraphobie a disparu. Elle ne sonffre plus avant ses règles; elle ne peut se séparer de sa ceinture.

1891. — Mme V. confirme qu'elle n'a plus eu ni tiraillements d'estomac, ni état nerveux, elle ne surveille plus son régime; mais ne peut se passer de sa ceinture.

A noter, ajoute Glénard : L'obésité qui suivit la première couche et fut le début des troubles de sa santé; la perturbation menstruelle cause occasionnelle ou déterminante de l'entéroptose. La disparition de l'appareil symptomatique nerveux sous l'influence du traitemeut de l'entéroptose, la persistance de l'indication de la ceinture. »

Nous pourrions encore multiplier le nombre des observations pour montrer l'influence décisive du traitement de l'entéroptose sur la neurasthénie liée à la déséquilibration abdominale ; nous pourrions encore citer de ces malades se plaignant de souffrir depuis cinq, six, dix et quinze ans, où tous les les traitements connus avaient été essayés, où les praticiens les plus distingués, avaient été appelés à donner leur avis et où l'intervention, la seule décidément efficace fut le traitement de l'entéroptose ; mais nous préférons varier les faits et nous appesantir sur les formes mixtes de l'entéroptose.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS DES FORMES MIXTES DE L'ENTÉROPTOSE

Les observations que nous venons de donner pourraient, en raison de leur caractère typique, faire croire que les différentes formes d'entéroptose sont toujours bien tranchées, et n'ont entre elles aucun rapport, que, par exemple, la forme asthénique est tout à fait distincte de la forme névropathique, et la forme névropathique de la forme dyspeptique.

Il est à peine besoin de faire remarquer qu'il n'en est rien. Bien au contraire, la description générale que nous avons donnée des symptômes et de l'évolution de l'entéroptose, montre en effet, que cette maladie débute souvent par une période dyspeptique plus ou moins accentuée et compliquée plus ou moins rapidement d'asthénie, que, dans la suite, suivant les sujets, ou bien elle reste station-

naire, ou bien revêt la forme gastrique grave ou une forme névropathique qui parfois aboutissent l'une comme l'autre à la forme neurasthénique.

Donc, loin d'être irréductibles, ces formes cliniques, suivant les phases de la maladie et les conditions de terrain, se succèdent fréquemment les unes aux autres.

Jusqu'ici, nous avons, en décrivant les principales formes cliniques de l'entéroptose, présenté des cas qui sont bien souvent typiques.

Dans la clientèle journalière, les cas typiques ne sont pas les plus communs; les faits sont, au contraire, habituellement complexes, les formes confuses.

C'est pour bien nous mettre en face de la réalité de la pratique, que, sous la dénomination de *formes mixtes*, nous voulons maintenant donner une série d'observations, qu'il est d'autant plus nécessaire de faire connaître, qu'elles achèveront de mettre en relief les allures profondément protéiformes de la maladie de Glénard.

Parmi les formes mixtes fréquentes dans la clientèle journalière, il en est une qu'il faut mettre au premier rang, c'est la forme dyspeptique compliquée d'accidents névropathiques.

L'observation suivante, recueillie par Cuilleret dans le service de H. Mollière à Lyon, est particulièrement instructive par le luxe de détails qu'elle renferme, et les enseignements thérapeutiques et cliniques qui s'en dégagent.

Obs. XXI. — *Entéroptose à forme dyspeptique et névropathique, d'origine puerpérale* (Cuilleret).

D... (Jeanne), 30 ans, ménagère, demeurant à Pierre-Bénite.

Premier séjour du 16 novembre 1887 au 8 janvier 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, nº 20, pour une pleurésie gauche aiguë avec épanchement considérable.

Rentrée le 23 janvier 1888, depuis une huitaine de jours, elle souffre de points de côté disséminés dans le thorax : toux fréquente, quinteuse sans expectoration ; dyspnée au moindre effort, congestion fréquente de la face, céphalées fréquentes, palpitations, insomnie.

Rien à l'auscultation du *cœur*, dont la pointe a parfaitement repris son siège normal.

Poumons : Respiration absolument normale à droite. A gauche, légère obscurité de la respiration dans les deux tiers inférieurs ; à la base et dans l'aisselle, léger bruit de frottement aux deux temps. Zones hypéresthésiques.

20 *février*. — Persistance des accès de dyspnée, de l'insomnie, des points névralgiques. Ces divers symptômes n'ayant été amendés ni par les vésicatoires, ni par le bromure de potassium à la dose de dix grammes par jour, ni par l'opium sous toutes ses formes, ni par l'antipyrine, on tente les inhalations quotidiennes d'acide carbonique contre la dyspnée [1].

11 *mars*. — Les inhalations répétées d'acide carbonique ont amené un soulagement notable de la dyspnée et de la toux.

15 *mars*. — Mémorrhagie assez abondante ces jours derniers, avec douleurs hypogastriques violentes. Aujourd'hui l'hémorrhagie a cessé, mais les douleurs hypogastriques persistent presque plus violentes que les jours passés. Rien de particulier n'est révélé par le toucher vaginal pratiqué sur la malade couchée ou debout. Le col est facilement atteint ; il occupe sa position normale, il est uni, lisse, de volume normal et un peu mou. La température rectale est de 38° 2.

1. Cf. R. Chabannes. *Traitement de la dyspnée par les inhalations d'acide carbonique*, thèse inaugurale, Lyon 1888.

On fait une application de sangsues à l'hypogastre. L'hémorrhagie occasionnée par l'application des sangsues persistant dans la soirée, on applique pour l'arrêter un gros tampon de coton à l'hypogastre et *on fait de la compression* à l'aide d'un bandage de corps.

Or, à la suite de cette compression, la malade dit avoir éprouvé un soulagement très notable de ses douleurs abdominales, soulagement dont elle se rend compte, surtout lorsqu'elle descend de son lit.

Avril. — Les douleurs persistent, leucorrhée, troubles gastro-intestinaux, digestions pénibles, constipation, périodes d'insomnie survenant la nuit de 11 heures à 1 heure, et de 3 heures à 5 heures. Impossibilité de rester longtemps dans la station debout, durant laquelle la malade éprouve une sensation de malaise très marquée. En présence de ces symptômes subjectifs, accompagnant les symptômes nerveux, notre attention est attirée du côté de l'état de l'*abdomen* que nous examinons au point de vue d'une splanchnoptose possible.

Reprenant les antécédents de la malade qui avaient été pris sommairement lorsqu'elle entra pour sa pleurésie, nous apprenons qu'avant le mois de novembre 1886, elle était très bien portante ; aucun trouble dyspeptique, aucune manifestation pouvant faire penser à l'hystérie. Au mois de novembre 1886 (elle avait eu antérieurement trois accouchements), elle a une fausse couche au troisième mois ; cet accident survient un matin à 3 heures ; à 6 heures elle se lève et va à son atelier. Mais dans la journée, les douleurs reparaissent plus fortes, l'hémorrhagie s'accentue et elle est obligée de se mettre au lit. C'est depuis cette époque-là qu'elle a commencé à souffrir de troubles digestifs, de constipations, de vertiges, de céphalalgie avec vapeurs survenant peu de temps après le repas, d'insomnies presque continuelles et périodiques ; elle éprouvait en même temps un délabrement de plus en plus marqué qui n'est allé qu'en augmentant ; et pour ces divers malaises, elle allait régulièrement à la consultation gratuite de l'hospice du Perron.

C'est de là qu'elle fut envoyée à l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur J. Teissier, une première fois pour sa pleurésie, et, une seconde fois pour les troubles fonctionnels persistants qui ont été signalés plus haut.

Explorant donc systématiquement l'abdomen, nous constatons d'abord un relâchement notable de la paroi qui est pour

ainsi dire étalée ; elle est facilement dépressible, et, par une pression même peu prononcée, on arrive facilement sur l'aorte ; en continuant à appuyer sur la colonne lombaire, et en faisant glisser la main au niveau de l'ombilic, on sent, un peu au-dessous de ce point, rouler sous le doigt un cordon transversal un peu rénitent (c'est la corde colique).

En explorant la fosse iliaque droite, on sent près de la ligne médiane une portion d'intestin, sensible à la palpation et dans laquelle on détermine du gargouillement ; c'est le boudin cœcal.

Pas de gargouillement gastrique bien net, ni de cordon sigmoïdal.

En pratiquant ensuite méthodiquement, par la palpation néphroleptique, la fouille de l'hypochondre droit, on sent, pendant les profondes respirations que l'on fait faire à la malade, sous le pouce gauche, déprimant la paroi abdominale au-dessous du rebord des fausses côtes (*procédé du pouce*, de M. Glénard pour la palpation du foie), et aussi un peu plus bas, une masse mobile qui ne ressemble en rien à un rein, mais donne la sensation d'un bord net, tranchant, non douloureux, qu'on fait « sauter » sur le pouce, et qui est le bord du foie prolabé.

Enfin, si, la malade étant toujours dans le décubitus dorsal, nous soulevons en haut la masse intestinale en comprimant l'hypogastre, elle déclare éprouver très nettement une sensation de soulagement.

Nous la faisons alors descendre debout au pied de son lit ; elle éprouve immédiatement une sensation de malaise très accentué ; mais, en soulevant avec la main appliquée sur les flancs et l'hypogastre la masse intestinale, tout disparaît comme par enchantement pour reparaître dès qu'on l'abandonne à son propre poids (*épreuve de la sangle*).

Jusqu'à ces derniers jours, selles régulières, mais dures, peu abondantes. Pas de vomissements. Mais après les repas, elle a constamment des bouffées de chaleur, ainsi que de la dyspnée et une toux quinteuse. Elle est obligée de rester au lit après tous ses repas.

21 avril. — Application de la ceinture de M. Glénard. La malade éprouve un soulagement qui la surprend considérablement ; et le jour même cette femme, qui gardait presque constamment le lit, surtout après ses repas, reste levée et se promène dans l'hôpital jusqu'au soir.

En même temps, tous les autres médicaments étant mis

de côté, elle est soumise au *traitement de l'entéroptose*, par les laxatifs, chaque matin un demi à un verre de la solution suivante :

Eau.	600	grammes
Sulfate de soude	30	—
Sulfate de magnésie	20	—

et par les alcalins (bicarbonate de soude un à deux grammes soit avant, soit pendant les repas), enfin, à un régime spécial (viande rôtie, et œufs ; pas de laitage ; pas de graisses pas de féculents ; pas de vin).

30 *avril*. — La malade, obligée de retourner chez elle, a suivi scrupuleusement les prescriptions, Mais elle n'éprouve pas d'amélioration notable dans son état. Elle peut vaquer, il est vrai, plus facilement à ses occupations ; mais elle sent ses forces aller toujours en diminuant ; elle a eu quatre à cinq selles par jour et se plaint toujours de douleurs lombaires.

Or, en examinant localement la malade, on constate que l'abdomen est imparfaitement soutenu au niveau des hypochondres par la ceinture telle qu'elle est actuellement, tandis qu'en exerçant, à ce niveau et à travers la ceinture, une pression de bas en haut avec les deux mains, la malade accuse un soulagement instantané. Leucorrhée. Aussi, en tenant compte de ces diverses indications, les prescriptions sont modifiées de la façon suivante :

1° Placer à l'intérieur de la ceinture et au niveau des flancs deux fortes pelotes.

2° Prendre chaque matin une cuillerée à bouche ou deux au plus de la solution laxative, dont la dose était plus élevée que celle indiquée par M. Glénard. S'il n'y a pas de selle dans les vingt-quatre heures ou si, au contraire, il y a plusieurs selles aqueuses, prendre le soir une pilule d'aloès et d'extrait de rhubarbe.

3° Alcalins.

4° Même régime.

7 *mai*. — Nous revoyons la malade. Elle marche, elle va et vient avec la plus grande facilité. Elle constate une amélioration notable dans son état général ; elle est de même étonnée des progrès qu'elle a faits en huit jours. Selles régulières, sommeil bon. Si bien, qu'il y a trois jours elle s'est

mise à manger de la salade dont l'ingestion a été suivie de malaises après les repas et de diarrhée. La leucorrhée a notablement diminué.

Mêmes prescriptions à observer.

14 *mai.* — La malade, lasse de suivre le régime qui lui était tracé, a, tout en continuant les autres prescriptions, mangé de tout ce que bon lui semblait (féculents, lait, fromage, salade, etc.). Aujourd'hui elle se dit à bout de forces; elle se réveille plusieurs fois dans la nuit, depuis plusieurs jours; elle digère péniblement, a de la diarrhée ou bien reste deux ou trois jours sans aller à la selle. Elle garde sa ceinture jour et nuit.

Mêmes prescriptions à suivre rigoureusement.

22 *mai.* — La malade a suivi soigneusement les prescriptions, y compris celles relatives au régime. Le sommeil est redevenu bon, et la malade se sent bien plus forte.

Après le repas elle a toujours quelques légers malaises, ainsi que le matin quelques envies de vomir. Nuits bonnes. Selles régulières.

Continuer les mêmes prescriptions.

28 *mai.* — L'état de la malade s'est considérablement amélioré cette dernière semaine; les malaises après les repas sont presque nuls; la malade se sent plus forte; elle travaille toute la journée. Selles régulières. Sommeil bon. Quelques faiblesses le matin. Disparition des accès de toux quinteuse depuis plus d'un mois. La leucorrhée a presque complètement disparu. Les règles paraissent à époque fixe, abondance normale, plus de métrorrhagie. Mêmes prescriptions (alcalins, sangle jour et nuit; régime : toniques, laxatifs ne sont pris le matin que s'il n'y a pas eu de selle la veille).

Cuilleret ajoute les réflexions suivantes :

« L'observation de cette malade que nous avons pu suivre pendant six mois, et que nous suivions de semaine en semaine, est intéressante à plus d'un titre. Nous ne ferons que relever rapidement les points qui nous paraissent plus spécialement dignes d'attention :

« 1° L'inutilité de la thérapeutique anti-nerveuse, essayée chez elle pendant quelque temps ;

« 2° L'existence de cette splanchnoptose, au milieu d'un complexus symptomatique tel qu'il fallait y songer pour arriver à la découvrir, alors qu'il paraissait si rationnel d'incriminer, soit l'ancienne pleurésie, soit l'affection utérine, pour avoir une explication logique des symptômes qui résistaient pourtant à la thérapeutique inspirée par cette pathogénie. Et nous pouvons, à ce propos rappeler deux faits qui nous ont été rapportés oralement par M. le docteur Fr. Glénard, et qui prouvent bien sous quels symptômes bizarres, peut se dissimuler pour ainsi dire, l'entité morbide dont il a si nettement établi l'existence. Un malade, docteur en médecine, étant, après avoir épuisé les ressources du diagnostic et de la thérapeutique, traité enfin comme *prostatique* (on avait été jusqu'à lui cautériser la prostate), vit tous les malaises disparaître comme par enchantement, dès que la thérapeutique fut dirigée contre l'affection dont il était véritablement atteint, et qui n'était autre que l'entéroptose. Chez d'autres malades, les symptômes sont tels qu'on pense de prime abord à une affection cérébrale.

« Un autre cas très curieux est celui d'un malade (c'est encore un médecin) sur lequel bien des diagnostics avaient été portés successivement par les médecins les plus autorisés. Pour l'un, ce fut d'abord une cardiopathie avec pseudo-angine de poitrine; pour un second, il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse; un troisième médecin porta enfin le diagnostic de tubercule siégeant au niveau du noyau d'origine du pneumogastrique. L'affection, très ancienne, s'aggravait de plus en plus depuis dix ans. Il est indubitable que tous ces diagnostics (qui donnèrent lieu à des traitements et à

des pronostics naturellement très variés), portés par des médecins éminents, étaient basés sur la constatation de signes importants qui en imposaient pour de telles affections. Eh bien! ce malade chez lequel aucune amélioration ne se manifestait, et dont la santé baissait de jour en jour, présentait le syndrôme très net, mais masqué sous les symptômes nerveux, d'une entéroptose secondaire, c'est-à-dire consécutive à une ancienne dyspepsie, et fut soumis à un traitement en conséquence.

« Or, une amélioration considérable ne tarda pas à se manifester, amélioration qui ne s'est pas démentie à l'heure qu'il est, deux ans après l'institution de ce traitement.

« 3° L'importance de *remplir simultanément toutes les indications*, dans l'entéroptose, ressort bien de notre observation. Il faut suivre ces malades de très-près, et, veiller à la minutieuse exécution de toutes les prescriptions, et, à une individualisation relative au mode de constriction de la sangle, au « menu » correspondant à la période de l'entéroptose, à la dose et à l'heure d'administration des laxatifs, à la dose des alcalins (bicarbonate de soude, cure de Vichy)[1]. »

Les observations comme celles que nous venons de citer se rencontrent souvent dans la pratique. Le cortège névropathique qui enveloppe précisément les symptômes de l'entéroptose, rend le diagnostic difficile et explique comment la maladie de Glénard est si facilement méconnue dans la clientèle journalière.

Les faits suivants en sont encore des exemples frappants.

1. *Gazette des hôpitaux*, 28 août 1888.

OBS. XXII. — *Entéroptose d'effort. Forme névropathique.* F. Glénard (inédite).

1885. — Mlle G. 20 ans, se plaint de mal d'estomac, douleurs au côté droit, constipation, dyspepsie; elle doit choisir ses aliments et éprouve après le repas une sensation douloureuse de constriction. Elle est malheureuse de « traîner » ainsi; elle a perdu entrain, gaîté, sommeil; la nuit elle est réveillée par des étouffements, des tremblements, des battements de cœur.

Depuis trois mois, au moment des règles, elle s'affaisse, pâlit, paraît menacée de syncope et la maladie s'aggrave pour plusieurs jours. La palpation décèle dans l'hypochondre droit, une ptose difficile à caractériser; le flanc droit est très sensible est dur.

Depuis vingt-huit mois qu'elle est souffrante, elle soigne un enfant très difficile qui lui fait passer des nuits d'insomnie. Elle a dû également soigner et souvent soulever dans son lit sa mère atteinte d'une pneumonie. Un jour, elle sentit en portant l'enfant, que son ventre tombait, et depuis, cette sensation revient fréquemment, surtout lorsqu'elle descend les escaliers.

L'épreuve de la sangle, d'abord contradictoire ne devint positive que lorsque la malade eut pendant quelques jours pris de petites doses de sels laxatifs (7 gr.).

Une fois la sangle appliquée, la difficulté de la marche, les sensations douloureuses dans lc ventre se dissipèrent.

Le bicarbonate de soude avant, la limonade sulfonitrique après le repas, dissipèrent les douleurs gastriques, et, après trois semaines la malade se déclarait améliorée et satisfaite.

A noter, dit Glénard, l'épreuve paradoxale de la sangle.

L'exemple suivant d'entéroptose à forme gastrique et pseudo-neurasthénique nous montre combien les malades de ce genre sont souvent complexes et difficiles à débrouiller.

OBS. XXIII. — *Entéroptose puerpérale. Forme pseudo-neurasthénique.* F. Glénard (inédite).

1887. — Mme D. est malade depuis quinze ans; elle a eu

une couche et deux fausses couches; c'est à la suite de la dernière fausse couche, il y a vingt ans, qu'elle resta faible; dès lors, elle ne put bien marcher à cause d'une sensation de poids, de faiblesse dans le ventre.

Traitée d'abord comme *anémique*, elle fut soumise à l'hydrothérapie qui fut inefficace. Dans la suite et jusqu'à ces derniers temps elle fut considérée comme atteinte d'une *affection utérine*.

Il y a treize ans, les symptômes digestifs s'aggravèrent; dyspepsie des farineux; douleurs lancinantes à l'hypogastre, douleurs de reins à la moindre indisposition, perte de sommeil qui dès lors ne reparaît plus; traitement pendant dix mois par l'arséniate de soude.

Peu à peu s'ajouta la dyspepsie des légumes, l'insomnie s'aggrava, des coliques sourdes parurent dans le flanc droit, l'alimentation devint difficile, le vin, le lait ne purent plus être supportés. Une diète lactée pendant un mois fit empirer la situation (on avait songé au saturnisme). Depuis cinq ans, éructations continuelles jour et nuit.

L'an passé, à la suite d'une cure à Évian, elle eut une fièvre gastrique, qui fut attribuée à l'utérus.

Il y a cinq mois, administration d'un tœnifuge, en cas d'entozoaire possible.

Il y quatre mois, opération du *redressement de l'utérus*; il y a deux mois, cure à Brides-Salins, sans résultat.

Enfin, il y a six semaines, un médecin porta le diagnostic d'*entéroptose* et conseilla une sangle, le régime et les laxatifs. Depuis qu'elle porte une sangle, qu'elle garde jour et nuit, la malade se sent plus forte, mieux soutenue, le sommeil revient, la fringale et les éructations qui dataient de cinq ans disparaissent. Mais que de symptômes présente encore la malade! Elle se plaint actuellement de sa faiblesse, qui l'empêche de marcher plus de dix minutes, de l'insomnie durant trois heures au milieu de la nuit et de coliques sourdes à partir de 2 heures du matin; de tête lourde, de vertiges; de pesanteur gastrique, étouffement et douleur à la moindre constriction de l'épigastre; de somnolence et gonflement trois heures après le repas.

La malade suit pourtant le traitement rigoureux de l'entéroptose; c'est la cure de Vichy qu'elle vient y ajouter sous ma direction.

Elle prend chaque matin des laxatifs salins, se nourrit de viandes rôties et d'œufs à la coque, qu'elle arrose d'un peu

de champagne, prend du bicarbonate de soude et porte une sangle bien faite de 18 cent. de hauteur, munie de pelotes.

A l'exploration : abdomen flasque, hyperesthésie du flanc droit, qu'elle est obligée de soutenir avec la main quand elle quitte sa ceinture, pour pouvoir rester debout. La plus légère palpation du flanc provoque des éructations, comme celles qu'elle avait incessamment depuis cinq ans et qu'a supprimées la sangle. Pas de ptose réelle. Les règles sont irrégulières; aménorrhée depuis trois mois; jadis il y eut de l'hydrorrhée pendant longtemps, surtout après les règles (avec faiblesse des genoux, et douleurs des reins), hydrorrhée qui a disparu depuis le redressement opéré il y a quatre mois.

La malade avait également remarqué, alors qu'elle marchait encore que la descende provoquait vertiges, tiraillements et fringale.

Dès les premiers jours de la cure de Vichy, le sommeil et la marche s'améliorèrent; le septième jour, la malade put renvoyer définitivement la voiture à bras dont elle se servait; le quinzième jour, le poids du corps, qui depuis deux ans s'était abaissé peu à peu de 15 kilogs, avait repris de 1.500 grammes.

L'amélioration était réelle dès la troisième semaine.

1888. — L'année suivante, la malade déclare s'être bien portée; elle a pu faire de longs voyages en chemin de fer qui jusque-là lui était insupportable; elle marche bien, dort de 11 heures à 6 heures sans réveil, elle digère bien, mais elle est encore obligée à un régime strict de viande, elle ne peut tolérer ni purées, ni légumes; elle n'a pu quitter une minute sa ceinture dont la suppression provoque des douleurs hypogastriques; à quatre ou cinq reprises seulement elle a eu ses règles et se plaint cette année du retour de son hydrorrhée. Seconde cure de Vichy.

1889. — Mme D. a été atteinte ces derniers temps d'une fièvre gastrique avec subictère. Elle vient compléter sa convalescence à Vichy; son état est satisfaisant, elle ne peut se passer de ceinture.

1890. — Mme D. ne se plaint plus que d'être encore obligée à son régime strict. Les selles sont plus régulières; elle n'a plus besoin de recourir aux laxatifs que de temps à autre, elle marche bien. Si elle essaye de supprimer la ceinture, elle voit de suite revenir ses éructations; au moindre écart

de régime, reparaît la céphalalgie ; il est vraisemblable que les éructations incessantes, symptôme anormal dans l'entéroptose ont uue origine utérine, car le toucher vaginal qui est très sensible les provoque, même la ceinture étant appliquée.

1892. — La malade va bien; elle peut s'écarter de son régime, quitte à y revenir de temps à autre. Elle ne peut se passer de sa ceinture; à part cela elle ne se plaint plus de rien.

A noter, dit Glénard, la fluctuation du diagnostic, l'opération inutile, l'inefficacité de la diète lactée, la localisation au flanc droit, la complication utérine prise à tort pour cause, l'influence spéciale de la cure de Vichy, la longue rebellion à tout écart de régime en rapport avec l'ancienneté de la maladie, l'indication de la sangle persistant après toutes les autres indications.

Cette fréquence d'accidents névropathiques dans les formes dyspeptiques de l'entéroptose n'est pas faite pour nous surprendre.

On sait l'influence psychique déplorable que le mauvais état des voies digestives exerce sur les dyspeptiques. Voltaire, ce fameux dyspeptique névropathique, disait avec un semblant de raison : « On n'est vraiment malheureux que lorsqu'on ne digère plus. »

On peut dire sans exagération que les fâcheux effets que le mauvais fonctionnement du système digestif produit sur l'état mental des sujets, il les exerce à la longue également sur tout le système nerveux.

Les observations qui précèdent, l'influence de l'entéroptose en général sur le développement du nervosisme, en sont des preuves.

L'observation suivante, qui est également de Glénard, nous donne encore une idée des allures vraiment protéiformes que peut revêtir l'entéroptose.

Obs. XXIV. — *Forme névropathique et dyspeptique avec accidents pulmonaires.* F. Glénard.

1888. — Mme L. âgée de 32 ans, est depuis six ans, soignée comme phtisique en raison d'une extinction persistante de la voix, accompagnée d'oppression, de faiblesse générale, d'amaigrissement progressif et de troubles dyspeptiques.

Elle ne pèse aujourd'hui que 44 kilogr. Ses antécédents sont suspects, le traitement qu'elle a suivi a consisté en toniques et badigeonnages iodés au sommet droit. L'auscultation de la poitrine donne des résultats négatifs.

Mme L. a eu trois enfants et a éprouvé, à la suite du deuxième accouchement, une douleur dans le flanc droit qui fut attribuée à de la péritonite et qui l'empêcha de marcher pendant trois semaines. Elle avait également eu, pendant la grossesse, une douleur au côté droit qui se dissipa après l'accouchement.

A la suite de son dernier accouchement qui remonte à seize mois, elle resta, durant trois mois, faible au point de ne pouvoir se traîner et a conservé dans la région du dos une douleur qui avait débuté au septième mois de sa grossesse.

Quant aux fonctions digestives, Mme L. se plaint d'avoir l'appétit irrégulier, des pesanteurs après les repas, et redoute, dit-elle, le repas comme un supplice.

Elle ne peut supporter ni légumes, ni vin, ni lait. Le sommeil est médiocre, les selles insuffisantes. La malade peut soutenir une longue marche, mais ne supporte pas la station debout.

A la palpation, on trouve un foie déformé, une néphroptose droite du troisième degré, de la sténose intestinale (cordecolique, cordon sigmoïdal, boudin cœcal).

Traitement de l'entéroptose : ceinture à pelotes, laxatifs, cure de Vichy.

Dès la première heure d'application de la ceinture, l'extinction de voix disparut instantanément, et la malade respira mieux. Cette transformation persista.

1889. — Huit mois après, je la revois enceinte de trois mois, se plaignant de gastralgie dont les acides ont rapidement raison ; elle continue chaque jour les laxatifs et remplacera au cinquième mois la sangle par une ceinture de grossesse.

L'accouchement eut lieu à terme. La ceinture fut reprise

dès le lendemain. L'extinction de voix qui tendait à reparaître se dissipa de nouveau.

Les digestions furent excellentes pendant toute la durée du séjour au lit; elle essaya d'ajouter les légumes à son régime, mais fut reprise de vives douleurs à l'estomac qui cédèrent dès qu'elle revint à l'alimentation carnée.

Les suites furent excellentes, l'état actuel est, relativement à l'ancien état de santé, comparé à une résurrection.

Deux mois après, il n'y a plus de douleur gastrique, mais encore une lourdeur plus ou moins pénible après les repas, surtout s'ils renferment des légumes; il existe encore des alternatives de faiblesse avec découragement et de force. Appétit variable.

Parfois céphalalgie et sensations de froid général.

Le retour des couches eut lieu au quatrième mois avec quelques douleurs abdominales à gauche.

1890. — Mme L. va bien, mange de tout, ne prend pas de vin, continue les laxatifs quotidiens, porte sa ceinture, se plaint encore de réveil à 4 heures du matin, de quelque faiblesse, de douleurs du côté droit au moment des règles, et de douleurs de reins.

A la palpation, foie déformé, néphroptose du quatrième degré.

La deuxième cure amena un « résultat inconnu de longue date » au point de vue de l'appétit, des digestions, de l'état de la langue, de l'humeur. Les douleurs de reins et d'abdomen se dissipèrent, les laxatifs purent être supprimés.

Six mois après, reparut la douleur de l'omoplate droite qui s'accentua peu à peu, et, au printemps suivant la malade fut obligée de se remettre au régime et de reprendre laxatifs et régime, alcalins.

La rechute fut de courte durée.

1891. — Mme L. se porte bien à condition de ne pas manger de légumes. Elle ne peut se passer de laxatifs quotidiens, et se trouve bien de mon conseil de prendre des alcalins avant et des acides après les repas.

Elle porte toujours sa ceinture; dès qu'elle la quitte, elle ne peut ni parler, ni souffler. L'ayant prêtée comme modèle, à partir du quatrième jour elle ne pouvait plus monter son escalier.

Elle se plaint actuellement d'une douleur à la pointe de l'omoplate droite, douleur qui contourne l'hypocondre et

s'aggrave lorsque les digestions sont troublées (douleur que j'attribue au foie).

A la palpation, foie déformé, sensible (la douleur à la pression remonte au mamelon), néphroptose au quatrième degré, corde, cœcum en boudin, cordon sigmoïdal, clapotage gastrique. Troisième cure à Vichy.

1892. — La douleur de l'omoplate et du côté droit persista jusqu'en décembre en diminuant, et, disparut après deux crises de gastralgie à un mois d'intervalle ; la première fut provoquée par la perte d'un enfant et fut suivie d'insomnie, obsession, douleurs de reins, céphalalgie, lourdeur et crampes d'estomac ; la seconde eut pour cause une promenade trop rapide.

Puis la santé s'améliora, la malade continuant son régime, à prendre des laxatifs, à porter la sangle.

La situation me parut assez satifaisante pour que j'aie jugé utile de conseiller le séjour au bord de la mer préférable à une nouvelle cure de Vichy.

Le résultat confirma ce jugement, et, depuis un an la malade n'est plus souffrante : elle est forte, mange de tout, a engraissé, dort bien, son moral est excellent. Elle garde sa ceinture et ne revient aux laxatifs ou au régime, que lorsque s'en présente l'indication, de plus en plus rare.

Glénard *note* dans cette observation : l'extinction de voix, et l'oppression, conséquences de l'entéroptose, et cédant brusquement à la sangle malgré leur ancienneté (six ans), le danger de se fier aux symptômes apparents pour en faire le pivot de la pathogénie ; un état hépatique dominant toute l'histoire de la malade et donnant un air diathésique à son affection. L'utilité de la cure de Vichy. La durée du traitement en rapport avec l'ancienneté de la maladie[1].

L'entéroptose à forme gastrique présente parfois des crises douloureuses qui peuvent faire méconnaître la nature réelle de la maladie.

Tel est le fait suivant recueilli par Doyon, interne des hôpitaux.

1. Le Dr Glénard vient de faire paraître cette observation dans une étude clinique intitulée : *Recherche des signes objectifs dans les maladies de la nutrition* (*hépatisme*) in *Revue théorique et pratique des maladies de la nutrition*, 15 avril 1893.

Obs. XXV. — *Entéroptose à forme gastrique d'origine puerpérale. Crises douloureuses violentes. Guérison.* Doyon.

M... (Marie) 37 ans, ménagère, entrée le 1er mai 1888, à l'Hôtel-Dieu, au service de M. le Dr H. Mollière, sortie le 12 mai.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 15 ans, l'établissement des règles s'est accompagné de vomissements et de coliques. Elle a eu deux accouchements.

Dès l'âge de 22 ans, la santé de cette femme a été mauvaise. Durant sept années consécutives, elle a souffert de douleurs au niveau de l'estomac. Elle ne pouvait supporter aucune nourriture ; elle vomissait tout. Les crises gastriques duraient en moyenne trois heures et se faisaient sentir à l'épigastre et, en arrière, dans le dos, en un point correspondant. La malade avait peu à peu perdu notablement ses forces, et était incapable de faire le moindre travail.

Il y a un an et demi, la malade est retombée dans un état analogue pendant quelques mois, puis survint une amélioration qui n'a pas été de longue durée.

Depuis un mois, en effet, elle se plaint de nouveaux malaises semblables : grande faiblesse, impossibilité de marcher vite ou de monter un escalier, sans éprouver des palpitations et de l'essoufflement; anorexie; elle vomit tout ce qu'elle ingère; elle se plaint enfin de douleurs, siégeant à l'épigastre et dans le dos en un point correspondant, douleurs revenant par crises. Le vin et le lait sont en particulier très mal tolérés. Insomnie.

Quand la malade marche, il lui semble que « son ventre tombe ». Le décubitus dorsal la soulage. Si l'on applique la main sur l'hypogastre, de manière à ramener en haut et à soutenir la masse intestinale, la malade est notablement soulagée.

On note enfin une surexcitation nerveuse particulière chez cette malade.

La constipation est opiniâtre. Les règles viennent à des époques irrégulières ; leucorrhée depuis un mois.

A la palpation, l'épigastre est douloureux, et une plus forte pression du creux épigastrique détermine de très vives douleurs.

Au niveau de la fosse iliaque gauche. en dehors de la région ovarique, on a un autre point douloureux ; en ce point on sent très nettement un cordon dur, c'est l'S iliaque.

Au-dessous de l'ombilic, on sent également un autre cordon placé transversalement, c'est le côlon transverse.

Une compression brusque exercée au-dessous de ces cordons détermine un peu de clapotement. Pas de néphroptose. Rien au cœur.

Toucher vaginal : col mou, ramolli, utérus un peu en rétroversion.

La malade est soumise au traitement de M. Glénard, sangle, laxatifs, alcalins et régime spécial.

12 *mai*. — La malade, très améliorée, demande à sortir. Elle déclare que, lorsqu'elle quitte sa ceinture, elle retombe dans son état de malaise antérieur.

2 *juin*. — Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, la malade qui continue à suivre exactement les prescriptions qui lui ont été faites, a vu son état s'améliorer d'une façon si notable qu'elle se dit complètement guérie.

Les selles sont régulières, normales, même sans laxatifs, plus de vomissements ni de crises gastralgiques. Sommeil régulier.

Tout essoufflement a disparu, ainsi que les palpitations.

Nous voulons terminer cette série de faits par une intéressante observation de Cuilleret qui a paru en 1888 dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Obs. XXVI. — *Entéroptose pure à forme dyspeptique, pas de néphroptose*; *névropathie* (*signes de la maladie de Graves*). Cuilleret.

G... Philippine, 37 ans, journalière. Entrée le 21 janvier 1888 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 26. Sortie le 28 février 1888.

Père vivant ; rhumatisant; caractère vif.

Mère très bien portante ; tempérament nerveux et impressionnable.

Deux frères robustes ; trois sœurs plus jeunes que la malade, vives, impressionnables.

Comme antécédents personnels, voici ce que l'on relève chez cette femme : bonne santé habituelle, caractère très variable d'humeur. Pendant sa jeunesse crises hystériques à plusieurs reprises.

Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été régulièrement; menstrues assez abondantes.

Pas de fausse couche. Il y a dix ans accouchement à terme et normal, à la suite duquel la malade est restée environ trois mois sans pouvoir marcher; elle a nourri son enfant, qui est mort à l'âge de trois mois, de diarrhée verte.

Depuis son accouchement, la malade n'a jamais été bien portante; pendant longtemps elle a éprouvé d'abord des malaises mal définis : faiblesse, douleurs de tête, appétit bizarre, constipation, congestion fréquente de la face.

Depuis quatre ans surtout, elle souffre de palpitations, survenant, soit au repos, soit pendant la marche, soit après les repas, et de dyspnée d'effort.

Il y a deux ans, refroidissement, à la suite duquel la malade est restée près de six mois au lit. Légère hémoptysie au début.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis dix-huit mois environ, les troubles digestifs, les douleurs abdominales et les malaises très variés, sont devenus de plus en plus marqués : constipation habituelle, malaises après les repas, insomnie, névralgies.

Depuis six mois elle va mieux, mais les troubles digestifs persistent.

Ajoutons que, dans les derniers temps, elle a été traitée pour une affection utérine (deux cautérisations du col).

Actuellement, la malade présente les symptômes suivants : son embonpoint est raisonnable ; la coloration de la face et des téguments est normale; et, malgré cela, elle accuse une sensation de faiblesse générale constante.

Elle présente un facies névropathe, très mobile; elle est très impressionnable; les yeux sont légèrement saillants et brillants. Elle n'a pas de goitre; mais des palpitations fréquentes; elle n'a pas de tremblement des mains ni des pieds (signe de Marie).

Elle attire immédiatement l'attention sur les symptômes digestifs : l'appétit est diminué. Environ une heure après ses repas, elle éprouve des aigreurs, des lourdeurs de tête, une sensation de poids et de tiraillement à l'épigastre et au niveau des lombes; et elle est souvent obligée de rester

couchée plusieurs heures après ses repas. Les vomissements sont rares. La malade ne peut absolument pas tolérer les aliments gras surtout, ainsi que les féculents ; le lait, qu'elle supportait et prenait avec plaisir autrefois, n'est jamais toléré à l'heure qu'il est; elle est fatiguée chaque fois qu'elle en prend. Le vin est supporté, mais elle en boit très peu.

Les selles sont tantôt régulières, normales et quotidiennes, tantôt très dures et plus rares; quelquefois constipation pendant deux ou trois jours.

Depuis très longtemps, la malade ne s'endort jamais avant minuit ou une heure du matin; elle souffre de l'abdomen jusqu'à ce moment-là; très souvent même, elle est réveillée dans la nuit par des malaises, tels que pyrosis, sensation de poids à l'épigastre, coliques, douleurs, particulièrement dans l'hypochondre droit et les reins. Cependant ces symptômes sont toujours moins accusés lorsque la malade est couchée, que le jour lorsqu'elle est levée.

La station debout est intolérable et la marche très pénible.

L'examen de l'abdomen révèle les signes suivants :

La paroi antérieure est flasque, facilement dépressible. La palpation de la fosse iliaque est très douloureuse, même insupportable, surtout du côté droit, ainsi que la région ombilicale. La palpation de l'hypochondre. pratiquée suivant la méthode de M. Glénard, ne révèle l'existence d'aucun déplacement du rein ou du foie. La matité hépatique a son étendue normale.

La malade présente des points douloureux à la pression: points épigastrique, sus-mammaire et dorsal inférieur très accentués; pas d'autres zones hypéresthésiques; la pression de ces points seuls s'accompagne de phénomènes hystériformes.

Pas d'ovarie. Pas de troubles de la sensibilité en d'autres points du corps.

Rien aux poumons.

Au cœur : tachycardie; battements réguliers; le second bruit à la pointe est rude, râpeux dans une certaine étendue, du troisième au cinquième espace, et de dedans en dehors: léger roulement présystolique.

Urines : quantité normale; jamais de troubles du côté de la miction. Pas trace d'albumine par aucun réactif. Rien par la liqueur de Fehling.

La malade est soumise au traitement suivant :

Toniques; bromure de potassium, 3 grammes; eau alcaline.

Ce traitement n'amène pas d'amélioration appréciable.

27 *janvier*. — M. le docteur Glénard examine la malade : il fait devant nous l'épreuve et la contre-épreuve de la sangle, qui réussit de la façon la plus nette. Le soulagement est instantané, et les malaises (douleurs, poids, vertiges, nausées) reparaissent dès qu'on laisse retomber la paroi abdominale.

28 *janvier*. — La malade est mise au traitement suivant : Chaque matin, laxatif :

Eau	100	grammes.
Sulfate de soude	10	—
Sulfate de magnésie. . . .	5	—

Alcalins. Pas de lait. Viande et œufs.

31 *janvier*. — La constipation paraît avoir cédé; mais les autres symptômes : insomnie, douleurs abdominales, état d'abattement, impossibilité presque absolue de rester debout, sont toujours aussi accentués.

2 *février*. — Application de la sangle pelvienne de M. Glénard. Le soulagement est instantané. La malade qui, les jours précédents, se trouvait presque mal dès qu'elle était debout, reste debout devant son lit un long moment; non seulement elle n'éprouve alors aucun malaise, mais elle accuse un soulagement notable, dont elle est fort étonnée : « Jamais elle ne s'est sentie ainsi depuis bien longtemps. » Ce sont ses propres expressions.

On continue les autres prescriptions : laxatif le matin :

Eau	100	grammes.
Sulfate de soude	5	—
Sulfate de magnésie. . . .	3	—

Eau alcaline n° 2, aux repas. Viande rôtie et œufs. Bains sulfureux.

Le soir une pillule :

Aloès.	3	centigrammes
Extrait de rhubarbe. . .	1	—

Dès aujourd'hui la malade a commencé à rester levée dans la journée, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps. Elle a même pu, sans éprouver trop de fatigue, faire quelques pas dans la salle.

5 *février*. — Ce matin la malade a éprouvé un phénomène rappelant l'épreuve de la sangle.

Étant allée au bain, elle a quitté la ceinture avant d'entrer dans la baignoire; elle a éprouvé à ce moment, et dans le bain, un malaise insignifiant; mais lorsqu'elle est sortie elle a failli perdre connaissance, et tout a disparu, comme par enchantement, dès qu'elle eût remis sa sangle.

15 *février*. — L'amélioration s'accentue, la malade marche et reste longtemps levée dans la journée. La constipation a complètement disparu. D'ailleurs, si elle reste vingt-quatre heures sans selles, elle prend le lendemain un ou deux verres d'eau de Sedlitz.

Les nuits sont très calmes, la malade s'endort de bonne heure et ne se réveille qu'une fois ou deux, à 11 heures et quelquefois à 4 heures, mais se rendort de suite. Les digestions ne sont accompagnées d'aucune fatigue notable, sauf quelquefois de légères sueurs avec sensation de chaleur. Pas de vomissements. Pas de douleurs lombaires.

28 *février*. — L'amélioration est persistante et considérable. La malade demande à retourner chez elle.

Comme l'observe l'auteur, ce cas est particulièrement instructif au point de vue du *traitement* et du *diagnostic*.

Le diagnostic est d'abord en suspens : dans le doute le traitement est dirigé contre une affection nerveuse (bromures, toniques, alcalins), il reste sans résultat. Les troubles digestifs et l'état de l'abdomen passent alors au premier plan et le traitement complet de l'entéroptose est rigoureusement institué. La fin justifie les moyens employés et vient du même coup confirmer un diagnostic encore douteux.

Un autre point intéressant c'est que, malgré l'absence de splanchnoptose sensible, la présence seule des signes subjectifs joint à l'hypéresthésie des flancs (cœcum, Siliaque) et l'épreuve de la sangle qui en confirme la valeur, ont permis ici de formuler le diagnostic de l'entéroptose.

Il faut savoir que ces faits s'observent assez fréquemment surtout lorsque l'entéroptose est de date relativement peu ancienne.

CHAPITRE VI

L'ENTÉROPTOSE CHEZ L'HOMME

L'entéroptose, de par son origine si fréquemment puerpérale, et les faits jusqu'ici publiés, paraît être une maladie qui est l'apanage exclusif de la femme,

Aucun argument ne peut mieux que les faits détruire cette erreur, c'est pourquoi nous terminons cette étude par la relation de quelques cas d'entéroptose chez l'homme.

Nous avons, sans distinction ni souci des formes, groupé nos observations à seule fin d'établir l'existence de l'entéroptose chez l'homme.

Trastour déclare n'avoir pas rencontré beaucoup de cas bien nets ; mais, ajoute-t-il : « il est probable que je les ai plus d'une fois méconnus, comme j'en ai acquis la certitude, pour certains malades par moi longtemps traités sans succès[1] ».

Après cette réflexion si franche, si loyale, qui résume l'histoire de bien des praticiens, il cite une observation d'entéroptose à forme asthénique que nous avons déjà citée, et cette autre que nous voulons reproduire.

OBS. XXVII. — *Entéroptose à forme gastrique.* (Trastour)[1].

Un domestique, agée de 45 ans, pâle, maigre, souffrant de l'estomac depuis des années, m'avait en vain consulté à diverses reprises.

Enfin, ne sachant plus que manger, tant il souffrait après

1. Trastour, *loc. cit.*

les repas, il s'alita, faible, épuisé, le 1er octobre 1888. En l'examinant, je constate : le ventre flasque, excavé ; le battement épigastrique ; le cordon zygmoïdal ; le boudin cœcal, sensible, avec gargouillement ; constipation rebelle ; insomnie.

Occupé aux travaux des champs, dans sa jeunesse, cet homme se souvient qu'à 21 ans, dansant, après avoir préparé l'aire pour le battage du grain, il a senti quelque chose se détacher du bas de sa poitrine, et s'arrêter comme une plaque sur l'estomac. Depuis lors, il a toujours éprouvé une pression sur l'estomac.

Les médecins ne lui ont procuré aucun soulagement. Le mal s'est aggravé récemment en portant deux malles très lourdes. Il ne digère plus.

L'épreuve de la sangle donne des résultats très nets ; l'entéroptose est positive.

Au bout de douze jours, ayant pris une ceinture élastique qui le soutient bien, et suivi le traitement complet (laxatifs, lavements, alcalins, régime), il mange sans souffrir, il dort, il reprend son travail.

Je l'ai revu et examiné bien des fois ; la transformation est complète.

Voilà un fait absolument remarquable de guérison d'entéroptose.

Tandis que chez la femme l'entéroptose est le plus souvent primitive et d'origine puerpérale ; chez l'homme elle reconnaît une tout autre étiologie.

Elle est habituellement, soit le fait d'une maladie générale, comme nous en avons donné un exemple chez ce cocher atteint de la forme asthénique, soit le résultat d'un traumatisme, comme nous venons de le voir chez ce domestique.

Plus souvent encore elle est chez l'homme la conséquence d'une affection hépatique.

L'observation suivante, que nous empruntons à la *Revue des maladies de la nutrition*, n° 3, est sous ce rapport particulièrement instructive dans la forme sous laquelle nous la présente Glénard.

OBS. XXVIII. — *Diagnostic classique : dyspepsie nerveuse ; diagnostic proposé : entéroptose avec tumeur stercorale, secondaire à une affection du foie d'origine psychique.* (Fr. Glénard).

M. P., 51 ans, receveur d'enregistrement, se réveille un matin d'avril 1872 avec la tête lourde comme si elle portait un poids de 100 kilogr., et il a dans la matinée des vomissements répétés ; pendant un à deux mois il conserva cette sensation de lourdeur, il ne pouvait se baisser sans éprouver de vertige et il lui semblait que tous les objets soumis à sa vue étaient animés d'un mouvement « flottant ». Il pesait alors 83 kil., pouvait marcher et même chasser. Il attribua cette fatigue aux soucis causés par l'un de ses fils, puis il se mit à maigrir, sans autre malaise, jusqu'en 1875. A partir de ce moment, il se porta fort bien durant six ans, jusqu'en 1881. A cette époque, nouveaux ennuis causés par son fils ; la digestion devient mauvaise, douleurs en ceinture, céphalalgie.

Le 31 mars 1882, entre 2 et 4 heures du soir, le malade éprouve une sensation subjective de secousse et durant une minute se trouve paralysé du bras droit et du côté droit de la face. A partir de ce moment surviennent constipation, faiblesse et céphalalgie deux ou trois heures après le repas, en particulier si le malade mange des corps gras ou de la viande bouillie ; insomnie au milieu de la nuit. L'appétit est bon. L'amaigrissement fait de rapides progrès, le malade perd 28 kil. ; à deux reprises il a eu des défaillances avec sensation de vertige, obligation de s'asseoir ; il a des battements subjectifs à l'épigastre qui lui font redouter un anévrisme.

Le médecin consultant très connu, auquel il demande conseil en 1884, conclut que la paralysie survenue en 1882 a été due à une embolie, que le malade est atteint actuellement d'une dyspepsie névropathique, que son battement épigastrique est nerveux et a pour siège le tronc cœliaque ; le malade après échec du traitement prescrit, se rend à Vichy, où je le vois en juillet 1884.

Les mêmes symptômes ont persisté, le malade est maigre, a un teint pâle un peu bistré. Il ajoute à l'énumération de ses malaises que vers 2 heures du soir il a les traits tirés, une sensation de délabrement et qu'il se soulage toujours en s'asseyant ou se couchant sur le dos. Il m'apporte une

analyse d'urines ainsi résumé : densité 1033, urée 27,83, phosphates 3,5 par litre pour une miction de un litre et demie en vingt-quatre heures; ni sucre, ni albumine.

« En 1884, on ne parlait encore ni de neurasthénie, ni de dilatation d'estomac, ni d'artériosclérose. On ne pouvait hésiter ici qu'entre les diagnostics de dyspepsie nerveuse ou d'anémie cérébrale, en redoutant quelque épine cachectisante : un homme qui est tombé malade à la suite de chagrins, qui, à 54 ans, maigrit graduellement de 20 kil., a eu une embolie, des défaillances, est pâle et obligé de temps à autre de s'asseoir ou de s'étendre à cause de la faiblesse, est un homme gravement atteint. L'existence d'un battement à l'épigastre n'est pas faite pour éclairer la situation. Le traitement devait être tonique et antidyspeptique.

« Explorons cependant l'abdomen :

On ne trouve rien à la palpation classique en dehors de ce battement épigastrique, mais on remarque pourtant que le ventre est très flasque et alors, en recourant méthodiquement à de nouveaux procédés de palpation, voici ce qu'on découvre : le battement n'est autre que le *pouls de l'aorte* qu'on délimite parfaitement; par le « procédé de glissement » spécial à l'intestin; on trouve au niveau de l'ombilic un *cordon transversal ;* dans le flanc gauche, un *cordon très mince;* dans le flanc droit, un *boudin étroit* : on les fait rouler, en glissant les doigts dessus, sur les plans sous-jacents. Par le « procédé de pincement » spécial au rein, on trouve dans l'hypochondre droit une *masse mobile* du volume du rein, mais qui semble plus malléable, et finalement, sous la pression prolongée entre le médius et le pouce de la main gauche, donne une sensation légèrement crépitante. Par le « procédé du pouce » spécial au foie, on constate que le pouce parcourt la face inférieure de cet organe d'arrière en avant, atteint le *bord du foie* qui est très souple et tranchant et le franchit en donnant une sensation de

ressaut, puis peut remonter sur la face antérieure du foie qui dépasse le rebord costal de deux travers de doigt.

Chez M. P., on trouve donc que le côlon est sténosé, abaissé; qu'il y a dans l'hypochondre droit une tumeur stercorale; que le foie est abaissé et déformé. L'interprétation de son état actuel et le traitement devaient s'inspirer de cette constatation.

Durant les huit premiers jours, sous l'influence de la cure alcaline et des laxatifs salins quotidiens, la situation s'améliora : les digestions, le sommeil, les fonctions intestinales se régularisèrent, mais le malade se plaignait toujours, en paraissant fort impressionné, de son délabrement, de sa faiblesse, avec les yeux cernés et les traits tirés dans l'après-midi. Je lui conseille une *sangle* pour serrer et relever l'hypogastre, soupçonnant que la diminution de tension de l'abdomen et le prolapsus de l'intestin pouvaient fournir des indications. Les malaises dont il se plaignait encore disparurent le jour même et ne reparurent plus que lorsque la malade quittait sa ceinture. Quant à la tumeur stercorale, elle persista, mais en diminuant de volume, et à chaque exploration on la sentait se dissiper sous la pression des doigts en produisant du gargouillement : elle devait sans doute se refermer peu après. M. P. me quitta en état très satisfaisant, ayant repris 700 grammes de son poids, alors que depuis longtemps il ne cessait de maigrir.

Je ne le revis plus. Mais cinq ans plus tard (août 1889), sa femme me dit que M. P. s'était de mieux en mieux porté depuis que je ne l'avais vu, qu'il garda sa sangle durant un an sans la quitter, puis qu'il ne la prenait ensuite que lorsqu'il se sentait fatigué; enfin qu'il ne la porte plus depuis deux ans, qu'il engraisse depuis dix-huit mois et qu'il a pu se départir peu à peu du régime que je lui avais conseillé.

« De cette observation ne doit-on pas conclure que non seulement l'exploration de l'abdomen doit être systématique, mais encore qu'on doit systématiquement explorer chacun des organes par le procédé de palpation qui lui est spécial. Est-ce qu'elle n'éveille pas dans l'esprit cette idée nouvelle d'un syndrôme spécial, entretenu par le pro-

lapsus des organes ; celui-ci engendré par l'amaigrissement, la coprostase et la sténose intestinale ; ces phénomènes placés sous la dépendance d'une fonction viciée du foie ; vice fonctionnel du foie (prouvé par le stigmate de l'abaissement et par la dyspepsie) qui aurait lui-même été causé par des impressions morales pénibles, et aurait évoluée, une fois la cause supprimée, avec la lenteur et la durée si caractéristiques des maladies de foie.

« Quoi qu'il en soit de la justesse de l'hypothèse d'une entéroptose secondaire symptomatique, d'une maladie du foie d'origine psychique, elle a rendu service au malade, et le fait qu'elle ait pu être posée justifie amplement la haute valeur de la méthode systématique d'exploration de l'abdomen[1].

Le Dr Glénard a eu la bonne fortune de rendre la santé à deux confrères souffrant depuis nombre d'années d'une affection des voies digestives et ayant vainement essayé tous les traitements avant d'être considérés comme entéroptosiques.

La première observation est relatée par Glénard lui-même.

Obs. XXIX. — *Entéroptose. Forme gastrique et névropathique.* Fr. Glénard (inédite).

1886. — Le Dr D., 44 ans, est malade depuis dix ans et son affection s'est considérablement aggravée depuis deux ans.

Il y a seize ans, il fut, au siège de Metz, atteint, après deux mois d'une alimentation composée d'échalottes et de viande de cheval, d'une dysenterie très grave avec obstruction intestinale. Vers 1876, parurent les premiers symptômes de dyspepsie qui consistèrent en lourdeur d'estomac et violentes congestions à la tête après le repas ; ces symptômes parurent

1. *Revue des maladies de la nutrition*, t. 1, n° 3, p. 160 et suiv.

à plusieurs reprises les années suivantes, jusqu'à ce que, en 1884, il y a deux ans, il fut atteint d'une gastralgie avec vertiges, vomissements opiniâtres accompagnés de violents efforts et douleurs à la moindre ingestion. Il garda un mois le lit et attribua cette crise, soit au vertige de Ménière (une oreille était un peu sourde), soit à l'abus de tabac.

A partir de ce moment, la santé déclina, les troubles digestifs devinrent permanents, la constipation devint telle que le Dr D. n'avait de garde-robe que tous les quinze ou vingt jours et seulement à l'aide de lavements multipliés. Il redoutait à l'extrême le moment de la « débâcle » qui était fort douloureuse et suivie durant huit jours d'une aggravation de l'hypéresthésie générale et des troubles digestifs, particulièrement douloureux vers 3 heures du soir. Le sommeil presque nul était toujours interrompu à 2 heures du matin et suivi d'une insomnie qui durait le reste de la nuit; les forces déclinèrent, et le poids du corps tomba de 82 à 67 kil. L'équitation dût être supprimée, la secousse du cheval était insupportable. Aucun des traitements classiques n'avait réussi à enrayer la maladie; des cures à Plombières, à Néris avaient été inefficaces; en vain le malade a recouru à l'électrisation, en vain lui a-t-on cautérisé la prostate (!) comme conséquence de l'interprétation de névrose donnée à sa maladie. Il ne réussit parfois à se soulager que par le décubitus dorsal ou l'application du collodion sur l'abdomen.

Un éminent médecin consulté récemment a trouvé à la palpation abdominale un « ganglion à surveiller » dans le flanc droit.

Le traitement de l'entéroptose, appliqué suivant mon conseil (sangle, laxatifs, régime, alcalins), fut suivi d'une remarquable transformation. Il était justifié par l'ensemble des symptômes précédents et par la constatation de la flaccidité abdominale, de la corde colique, du boudin cœcal; le clapotage était intermittent.

Légère amélioration au bout de huit jours.

A partir de la sixième semaine, le malade commence à reprendre du poids; un mois après, notre confrère avait retrouvé gaîté et activité. Il a repris 4 kil., peut monter à cheval sans malaise, manger de tout.

Il garde sa ceinture jour et nuit, prend des laxatifs salins tous les matins ou la nuit quand il se réveille, et alors ce remède, dit-il, ramène le sommeil.

Il prend enfin tous les deux soirs un grain d'aloès, dont

l'effet, ajoute-t-il, est d'augmenter la consistance des selles provoquées par le sulfate de soude (Glénard).

C'est alors qu'il se soumet à une cure de Vichy.

Deux mois après, il m'écrit qu'il va fort bien, a pu faire de longues marches, chasser etc. et que son poids a augmenté en tout de 12 kil.

Je le revis six ans après, gras, frais, bien portant, n'ayant plus que fort rarement à recourir au traitement de l'entéroptose, lorsque survient quelque mauvaise période, de plus en plus rare, dans l'état de sa santé.

Glénard ajoute :

Il s'agit ici d'une entéroptose secondaire, manifestation critique d'un état diathésique (hépatisme d'origine infectieuse) créé par la dysenterie et qui, après quelques années de silence, se traduit par des troubles digestifs de plus en plus graves. Un succès aussi brillant, aussi rapide est loin d'être la règle; il confirme ici l'idée d'une phase critique de maladie diathésique. La cautérisation de la prostate prouve l'affolement du diagnostic.

Notre confrère a bien voulu, sur ma demande, se présenter à Féréol et c'est de lui que l'éminent académicien a dit dans son rapport sur l'entéroptose à la société médicale des hôpitaux de Paris (24 décembre 1886) : « M. Glénard m'a adressé un de ses clients, un de nos confrères de la Province, médecin militaire, qui depuis des années souffrait d'une dyspepsie vertigineuse des plus intenses. Bien des moyens avaient été essayés, tous en vain. Le patient, condamné à une inaction presque absolue, voyait sa carrière entravée et songeait à donner sa démission. L'application de la ceinture, l'usage quotidien d'une petite dose de purgatifs salins, les amers et les alcalins ont amené rapidement une amélioration suivie bientôt d'une guérison complète ».

L'observation du second confrère vient dignement clore la série des cas d'entéroptose, car c'est le récit de ses misères fait par lui-même.

Obs. XXX. — *Observation du Dr X. relevée par lui-même. Entéroptose. Forme dyspeptique et neurasthénique.* F. Glenard (inédite).

1886. — Père dyspeptique pendant de longues années.

Le sujet de l'observation a eu toujours l'estomac débile; pendant son enfance, indigestions fréquentes au moindre écart de régime. Vers l'âge de 20 ans, dyspepsie flatulente bien caractérisée. Plus tard, vers l'âge de 30 ans, mauvaise hygiène alimentaire : soupe prise en trop grande quantité et trop souvent. Écarts de régime toujours suivis d'indigestions bien caractérisées, qu'il faisait cesser en provoquant les contractions de l'estomac par la titillation de la luette.

Il y a dix ans, il fut pris tout à coup de vertiges intenses et fréquents, puis la lecture commença à provoquer des douleurs dans l'œil et l'orbite droits, s'irradiant dans le cuir chevelu, avec accompagnement d'étourdissements et de fatigue intellectuelle.

Les vertiges cessèrent au bout de six mois et furent remplacés par des douleurs, des chaleurs le long de la colonne vertébrale, sensibles surtout le matin en se levant.

Le malade resta plus de trois ans sans soupçonner la relation de ces phénomènes avec un état défectueux du tube digestif.

Ce qui attira son attention de ce côté, ce fut un commencement de constipation, inconnue jusque-là.

Puis une dyspepsie acide, grave, que le régime lacté ne fit qu'aggraver. Elle fut améliorée par les alcalins (Vichy), quelques lavages de l'estomac et un retour à la viande grillée et aux œufs.

Malgré tout, la constipation et les phénomènes neurasthéniques survenant trois ou quatre heures après chaque repas ne firent que s'accentuer, en particulier les maux de tête, la paresse intellectuelle, les douleurs articulaires et musculaires, le défaut de calorification, la diminution des forces allant jusqu'à l'impossibilité de marcher à certains moments de la journée, principalement quatre ou cinq heures après le repas du midi.

Enfin, il y a deux ans, l'affaiblissement était tel, qu'il ne pouvait plus monter ses escaliers, ni presque remplir les devoirs de sa profession. C'est alors qu'apparurent des engorgements fréquents au niveau de la matrice des ongles des doigts et surtout les nodosités de Bouchard. Tous ces phénomènes apparaissaient le lendemain ou le surlendemain du moindre écart de régime, et diminuaient, sans disparaître totalement, sous l'influence d'un régime sévère.

Mais un régime rigoureusement suivi était de plus en plus impraticable, le malade ayant envie de tout ce qu'il voyait

manger et éprouvant vers la fin du repas un besoin irrésistible de manger davantage ; véritable boulimie.

La constipation est opiniâtre, on sent manifestement le cordon iliaque gauche et moins bien le colon transverse.

Quant au clapotement stomacal, il existe presque constamment, mais il se fait surtout sentir dans les grands moments de fatigue.

C'est alors qu'il fait usage de la ceinture Glénard, mais défectueusement fabriquée.

Elle amende tous les symptômes, toutefois d'une manière bien imparfaite jusqu'au mois d'avril 1886, époque à laquelle il demande des conseils au Dr Glénard lui-même, qui lui prescrit la vraie sangle, les laxatifs salins, le régime et les alcalins. Dès lors l'amélioration est beaucoup plus sensible, bien que le malade ait hésité à recourir aux laxatifs quotidiens ; dès les premiers jours apparaissent quelques selles normales, Les douleurs nocturnes d'épaules disparaissent. Il peut manger davantage sans être autant fatigué quatre heures après les repas. Quelques mois après, il ajoute l'usage régulier des laxatifs (eau purgative hongroise, un verre à bordeaux le matin à jeun, et cascara sagrada le soir en se couchant) et de quelques doses d'eau de Vals. Dès lors, il va tout à fait bien. Le cordon iliaque gauche perd cette dureté des mauvais jours, il devient beaucoup plus large et comme pâteux. Mais le moindre écart de régime tend à le faire reparaître avec ses caractères de petitesse et de dureté. Ce signe constitue en quelque sorte un thermomètre du bon ou du mauvais fonctionnement du tube digestif,

En même temps, la constipation marche de pair, et les symptômes neurasthéniques se reproduisent plus ou moins, excepté les nodosités de Bouchard qui ont complétement disparu.

Par écart de régime, il faut entendre non seulement un repas sortant de l'ordinaire, mais encore l'ingestion, en dehors des heures habituelles, d'un aliment ou d'une boisson quelconque. Pour lui, le régime consiste à ne prendre aucun aliment solide le matin, et à faire deux repas à peu près égaux comprenant chacun trois ou quatre bouchées de viande et autant de légumes longuement triturés. En observant strictement ce régime, il n'éprouve nulle fatigue. Il reconnaît moins d'influence à la nature des aliments qu'à leur mastication parfaite et prolongée et à leur faible volume.

Chose remarquable : la ceinture insuffisamment serrée

produit à peu près les mêmes perturbations qu'un écart de régime, et il lui est arrivé bien souvent de faire cesser des fatigues en la serrant énergiquement.

Il est d'avis d'attribuer son amélioration à la fois à l'usage de la ceinture, aux laxatifs, au régime et aux alcalins. Mais, il n'est point encore en mesure d'assigner à chacun de ces agents thérapeutiques la part réelle et proportionnelle qui leur revient dans le résultat final.

Le Dr X. ajoute à la lettre qui accompagne l'envoi de son observation au Dr Glénard :

« Je vous dois personnellement une reconnaissance sans bornes. Je vous dois la santé le plus précieux de tous les biens. »

Six ans plus tard, le Dr X. va bien; il prend régulière- de la cascara chaque soir, continue à porter sa ceinture dont il n'a pu encore se passer, mène une vie très active, mange de tout, mais ne peut pas boire de vin.

Aucun fait ne pouvait être plus intéressant et plus rigoureusement observé. Il vient bien à propos pour montrer que, dans la pratique, en présence de troubles mal déterminés, il faut même chez l'homme songer à l'entéroptose.

Qui peut plus, peut moins.

Les observations que nous avons relatées, sont, pour la plupart, des cas d'entéroptose invétérée qui, cependant ont été transformés par le traitement de Glénard.

Elles font concevoir tout le parti que l'on peut tirer d'un diagnostic et d'un traitement complets de la maladie, quand elle n'est pas encore de vieille date.

Elles justifient pleinement ces promesses du médecin de Vichy, qu'en terminant je me plais à redire avec lui :

« Je puis affirmer au médecin qui voudra vérifier mes idées, qu'il aura fréquemment dans la pratique, où cette maladie est si fréquente, la sa-

tisfaction que donne un diagnostic positif au lieu de ce diagnostic de convention (état névropathique ou neurasthénique) qui ne convainc ni le malade ni le médecin, la satisfaction plus grande que donne un pronostic bénin, posé d'emblée, au lieu de ce pronostic grave, éventuel, qui exige l'épreuve du temps ; la satisfaction de toutes, la plus grande que donne une thérapeutique rationnelle et inflexible, au lieu de ces traitements qui, après s'être adressés successivement chez un même malade dans la même maladie, à tous les organes, tous les appareils, tous les systèmes, et enfin, au système nerveux, laissent par leur inanité le malade dans sa misère et le médecin dans son scepticisme thérapeutique. »

FIN

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION DE « L'ENTÉROPTOSE »

L'entéroptose est, comme l'a dit Glénard, « une maladie de tous les jours » qu'il faut connaître et savoir traiter.

Le succès qui mérite aujourd'hui à ce travail une seconde édition montre que les « *Déséquilibrés du ventre* » ont été une œuvre de vulgarisation vraiment utile. Cette œuvre a appris aux praticiens non seulement à débrouiller ces malades, jusqu'alors incompris, qui forment la grande catégorie des entéroptosés, mais encore à traiter et à guérir ces sujets qui sont d'autant plus intéressants à connaître, qu'ils sont nombreux et restent incurables tant que leur maladie reste méconnue.

L'étude de l'entéroptose n'a pas pu, en moins de quatre ans, subir des transformations assez importantes pour motiver le remaniement de notre ouvrage. Elle aurait pu d'autant moins être transformée que cette question, avant d'être mise au jour, avait été déjà fort approfondie par son auteur.

En représentant aujourd'hui notre travail au public médical, nous avons voulu simplement le remettre au point en montrant les progrès accomplis au point de vue de la pratique journalière :

Parmi les travaux très nombreux publiés sur l'entéroptose depuis 1894, nous citerons sur l'entéroptose en général ceux de Hertz, Meinert, Kumpf, Fick, Fleiner, Huber, Zielinski, Wyss,

Treub. L'entéroptose a sa place dans les trait didactiques de pathologie digestive, dans les cou de l'enseignement officiel; la physiologie pathol gique a été étudiée en particulier par Schwerdt Volkoff et Delitzine; la séméiologie objective pa Stiller, Chéron et surtout par Glénard qui, dans une série d'études publiées par la *Revue des maladies de la nutrition*, a minutieusement décrit les signes, les procédés de diagnostic, la valeur séméiologique des différentes ptoses viscérales. Citons les travaux sur la gastroptose, de Savelieff, Bourget, Meinert, Bruggemann, Metzing, Durel, ceux qui ont été consacrés à l'hépatoptose par Godard, à la splénoptose par Rydygier, Zikow, Greiffenhagen, etc., etc.; les travaux enfin qui confirment les relations signalées par Glénard entre l'entéroptose et l'entérite muco-membraneuse, ceux de Ewald, Boas, Pariser, Potain, Mathieu, Mérigot de Treigny, et celui tout récent de Robin qui adopte pleinement et la pathogénie et les indications thérapeutiques formulées par Glénard dans l'entéroptose accompagnée d'entérite à muco-membranes.

Si l'existence de l'entéroptose comme syndrome spécial n'est plus contestée par personne, si l'accord est fait sur la symptomatologie subjective et le diagnostic, il y a encore des divergences sur la nature et la pathogénie du processus morbide. Nombre d'auteurs tendent à considérer l'entéroptose comme une maladie générale, caractérisée par la faiblesse des organes de soutien des viscères et relevant d'un principe congénital et, cependant, maints autres auteurs préconisent un traitement local en contradiction avec l'idée d'un processus général. C'est ainsi que la notion nouvelle des ptoses

scérales a fait éclore une floraison de « pexies » : côté de la néphropexie, de l'hystéropexie, se sont ..it jour l'hépatopexie, la gastropexie, etc., etc. Sans doute faut-il attribuer cette interprétation à une analyse insuffisante, tant des divers symptômes que de leur succession, tant de la marche de la maladie que de ses anamnestiques. Seule une étude approfondie des divers éléments du problème peut dégager et mettre au premier rang, parmi les symptômes, ceux qui dérivent de l'intestin, et, par son intermédiaire, du foie; parmi les conditions étiologiques, celles qui dérivent du traumatisme, ou d'une maladie de la nutrition, ou enfin d'une disposition congénitale; celles qui sont prédisposantes, occasionnelles, déterminantes. Lorsque la maladie aura été ainsi étudiée et comprise, on se rendra compte que ce n'est pas répondre aux indications et faire le traitement de Glénard, que de relever et fixer un organe ou se borner à prescrire une ceinture, le plus souvent mal adaptée; que l'inefficacité d'une intervention, ne répondant que partiellement aux exigences de la maladie, ne peut être d'aucune valeur pour servir de base à un jugement sur la valeur nosologique du syndrome, sur le rôle du traitement médical opposé à celui d'un traitement chirurgical.

Mais si quelques auteurs se font de l'entéroptose une conception, qui, par sa trop grande simplicité autant que par la méconnaissance des nombreuses faces de problème, trahit l'impatience de présenter une solution quelle qu'elle soit, en revanche, il en est beaucoup qui, les uns, ont apporté des documents destinés à l'élucider, les autres, ont adopté les idées et formulé le traitement de Glénard, tel que je les ai exposés après lui et témoignent des

services que cet enseignement leur a permis d[e] rendre aux malades. Parmi eux, je citerai comm[e] un des plus typiques l'exemple donné par le Prof. Treub, de Leyden, qui écrit : « Mais, lorsque j'eu[s] appris dans un livre de Monteuuis quelle signification il faut attacher à l'idée d'entéroptose, ce qu[i] c'est au juste que la maladie de Glénard, ce fut pour moi une révélation. Cette révélation a rend[u] de tels services à plusieurs de mes clientes, qu[e] la gratitude me crée le devoir de faire mieux connaître en Hollande la maladie de Glénard qu'ell[e] ne l'est jusqu'ici[1]. »

Des nombreux travaux qui ont été consacrés [à] l'entéroptose, deux surtout méritent de nous arrêter, qui tous deux ont été analysés et discutés pa[r] Glénard, dans la *Revue des maladies de la nutrition*: l'étude de Stiller sur la dixième côte mobile, cell[e] de Schwerdt sur la tension abdominale.

L'entéroptose éclairée par un nouveau stigmat[e] neurasthénique, c'est sous ce titre que le professeur Stiller (de Budapesth) publiait l'an dernier la découverte d'un nouveau signe d'entéroptose.

Voici en quels termes l'auteur décrit ce signe e[t] l'importance qu'il y attache :

« Chez un grand nombre de dyspeptiques nerveux maigres, ayant un rein migrateur et du clapotage gastrique, j'ai pu, dit le professeur de Budapesth, constater que la dixième côte étai[t] mobile, c'est-à-dire que, pas plus que la onzièm[e] et la douzième côtes, elle n'était fixée par un cartilage au rebord thoracique, mais qu'elle était

1. Treub, *Enteroptose, de Ziekte van Glénard* (*Geneeskundige Bladen*. Tweede Reeks, nº 11). Haarlem, De Erven F. Bohn, 1895.

complètement libre ou retenue mollement à ce rebord par un simple ligament. Cette *dixième côte flottante* pathologique m'a paru, à la suite de longues et multipliées observations, être un *véritable stigmate neurasthénique ou entéroptosique*. Il me suffit de toucher l'extrémité de la dixième côte — qui se trouve sur la ligne mammaire prolongée — et, si elle est mobile, je suis, de ce fait, à peu sûr qu'il doit y avoir en même temps un rein mobile et une dilatation atonique de l'estomac. A la vérité, la réciproque n'est pas exacte, ainsi je n'ai pas trouvé dans chaque cas d'entéroptose la côte mobile, mais presque toujours dans les cas prononcés je l'ai rencontrée. Je crois donc pouvoir affirmer que le degré de mobilité de la côte permet de conclure au degré de l'entéroptose et encore plus sûrement au degré de la neurasthénie, tandis que le degré de la mobilité du rein ne permet en aucune manière une pareille conclusion. Dans le degré le plus accentué de ce signe, l'extrémité pointue de la côte forme une véritable saillie au-dessus du niveau du thorax[1]. »

Le signe de Stiller demande quelques explications.

Pour en comprendre la valeur, il faut se rappeler qu'à l'état de santé, les extrémités antérieures de la 11e et la 12e côtes sont libres et très mobiles, l'extrémité antérieure de la 10e est au contraire fixée à l'extrémité de la 9e par un ligament et non comme les autres par une soudure cartilagineuse.

Cette disposition anatomique permet, comme le dit Glénard, à l'extrémité antérieure de la 10e côte,

1. Stiller, *Ueber Enteroptose im Lichte eines neuen Stigma neurasthenicum* (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, Bd. II, Heft 3, 1896).

plus ou moins détachée de la 9e, de faire, dans certaines conditions, une saillie au-dessus du niveau thoracique et de présenter une mobilité plus ou moins grande.

C'est ainsi que, dans l'entéroptose, sous l'influence de l'hypotension abdominale qui est la règle, et de la constriction du corset, la mobilité et la saillie de la 10e côte sont très fréquentes et se manifestent à un tel point que Stiller en fait « un stigmate de neurasthénie entéroptosique ».

M. Glénard a confirmé, avec M. Mathieu et son interne M. Delamarre dans leur service de l'hôpital Andral, la réalité du fait avancé par Stiller[1]. Il l'explique (et son opinion est également la nôtre) par le resserrement anormal de la cage thoracique à sa base sous l'influence de la diminution de tension abdominale ou de la constriction du corset, et en montre le mécanisme par le schéma qu'il a joint à sa démonstration, tout en admettant cependant, avec Stiller, que dans certains cas il puisse être congénital. Ce signe est pour le praticien deux fois important. Il l'est, parce qu'il présente, sur certains autres signes de l'entéroptose, l'avantage d'être facile à constater[2]; il l'est surtout si, d'autre part, comme dit Stiller, il est vrai que « le degré de mobilité de la côte permet de conclure au degré de l'entéroptose et encore plus au degré de la neurasthénie ».

Parmi les recherches importantes sur l'entéroptose, les travaux de Schwerdt[3] sur la pathogénie de

1. Glénard, *Palpation du foie*, in *Revue des maladies de la nutrition*, février 1897.
2. Il suffit de chercher sur la ligne mammaire prolongée l'extrémité de la 10e côte.
3. Schwerdt, *Enteroptose und intraabdominaler Druck* (*Deutsch. med. Woch.*, 1896, nos 4, 5, 6).

cette affection, sous le titre : *L'Entéroptose et la pression intra-abdominale*, méritent d'être signalés et discutés. Ils doivent trouver ici leur place, non seulement parce que les conclusions qui s'en dégagent soulèvent et mettent en cause la question du traitement, mais encore parce que la théorie de Schwerdt est opposée à celle de Glénard et que récemment elle était soutenue devant la Faculté de Paris[1].

Pour bien juger le débat, il faut se rappeler qu'à l'état normal l'équilibre des viscères est maintenu par deux forces, d'une part la *pression de tension*, due à la tension intra-intestinale et au tonus des parois, d'autre part, les *replis du péritoine* qui, suivant la description de Glénard, forment trois tabliers, supérieur, moyen et inférieur, et supportent l'intestin en le rattachant à la paroi postérieure de l'abdomen. —Mais, fait important, ces replis ne supportent pas assez complètement l'intestin, pour que celui-ci ne pèse d'un certain poids sur le plancher périnéal. C'est cette pression des viscères abdominaux de haut en bas que Schwerdt désigne sous le nom de *pression de surcharge*, par opposition à la *pression de tension* due à la réaction des muscles abdominaux.

Ce sont là deux pressions bien différentes : tandis, en effet, que la pression due à la réaction de la paroi s'exerce dans tous les sens et est partout égale dans l'abdomen, la pression de surcharge, qui résulte de ce que les viscères sont soumis aux lois de la pesanteur, est nulle au sommet de la cavité abdominale. C'est ce qui explique, dit Schwerdt, que chez un homme debout la pression mesurée au ma-

1. Hernette, *Pathogénie et traitement de l'entéroptose*, thèse, Paris, 1896.

nomètre est de : 11 centimètres dans l'estomac,
29 — dans la vessie,
39 — dans le rectum.

Dans l'estomac, il n'y a que 11 centimètres de pression parce que nul organe ne pèse sur lui. La pression trouvée ailleurs n'est si élevée que parce qu'à la pression de tension est venue s'ajouter la pression de surcharge. Ce qui prouve le bien fondé de cette expérience, c'est qu'en mettant l'homme la tête en bas, on renverse les chiffres. Schwerdt arrive à conclure de ses expériences que la pression de tension et la pression de surcharge sont en sens inverse et que plus la tension abdominale est élevée, mieux les viscères sont tenus en place et moins ils pèsent sur le périnée [1].

Ces données absolument expérimentales ouvrent des horizons nouveaux aux praticiens qui n'ont jamais approfondi le mécanisme de l'action néfaste du corset, qui augmente si notablement la pression de surcharge en serrant la taille, et le rôle bienfaisant de la ceinture qui la diminue et augmente la tension abdominale en soulevant l'abdomen. Mais là n'est pas en ce moment la question.

Ce qu'il faut retenir en pratique, c'est que, d'après Glénard comme d'après Schwerdt, la pression de tension abdominale est notablement amoindrie dans l'entéroptose. Là où les deux auteurs se séparent, c'est quand il s'agit de discuter l'importance pathogénique de cette diminution.

Tandis que pour Glénard l'hypotension abdominale est d'ordre secondaire et que l'hépatisme et la ptose des viscères dominent la situation et commandent le traitement, d'après Schwerdt la dimi-

1. Schwerdt, *Deutsche medizisnische Wochenchrift*, 1896.

nution de la tension abdominale est la *clé de l'entéroptose*.

C'est, dit Schwerdt, parce que les muscles de l'abdomen n'ont pas de vigueur, de tonus, parce que la paroi est assez flasque pour permettre d'aller sans effort palper l'aorte, que survient l'entéroptose.

L'interprétation rigoureuse des faits et en particulier de la chronologie des symptômes ne permet pas de partager l'opinion de Schwerdt. L'hypotension abdominale dont l'auteur allemand place l'origine dans l'atonie des muscles est, dit Glénard, « d'origine viscérale et non d'origine pariétale »[1]. Schwerdt dans ses expériences ne tient compte, comme l'observe le médecin de Vichy, ni de la diminution du calibre de l'intestin, ni de celle de la tension gazeuse intra-intestinale; or, c'est cette double diminution, constante dans l'entéroptose, qui cause la diminution de la tension abdominale, ce n'est nullement le plus ou moins de tonus des muscles abdominaux.

Depuis bientôt vingt ans que M. Glénard étudie l'entéroptose dans ce milieu de Vichy si favorable à ce genre d'observations, il en a fouillé la pathogénie si difficile à pénétrer. Depuis 1888, sa conviction est faite, relativement à la subordination réciproque des divers éléments pathogéniques dont est constituée l'entéroptose et, au Congrès de Bordeaux, il l'a vue partagée par la plupart des congressistes et nettement exposée dans le remarquable rapport de Hanot.

La plupart des maladies de la nutrition, et parmi elles l'entéroptose, — soit que celle-ci, primitivement locale, soit devenue une maladie générale, soit que,

1. Glénard, *Palpation du foie. Tension abdominale*, in *Revue des maladies de la nutrition*, janvier 1897.

secondaire à une maladie générale, elle trahisse une phase spéciale du processus, — la plupart des maladies de la nutrition sont des affections qui reconnaissent pour cause de chronicité un mauvais fonctionnement du foie, ce sont, suivant l'expression si heureuse de Glénard, des manifestations de l' « hépatisme ».

Le revirement des idées en faveur de l'hépatisme, amené par Glénard, précipité par Hanot, date de cette époque. Rien ne saurait mieux expliquer le rôle de l'hépatisme dans l'entéroptose et la question de l'hypotension abdominale que les lignes suivantes empruntées au rapport de Hanot, au Congrès de Bordeaux :

« Physiologiquement, il existe entre le foie et l'intestin d'intimes relations nerveuses et circulatoires. Le foie entretient donc l'équilibre nutritif de l'intestin ; il neutralise sans cesse les poisons qui y arrivent ou s'y forment ; il l'aide aussi dans le travail spécial de la digestion. Il est un des rouages fondamentaux de la nutrition générale ; il alimente toute activité organique et la défend contre les poisons. »

C'est précisément ce rouage qui agit sur l'intestin, en règle le calibre et la tension, et qui, par suite, agit indirectement sur la tension abdominale. Les expériences que M. Glénard a instituées avec M. Siraud le démontrent d'une façon péremptoire[1].

La théorie de Schwerdt doit donc être repoussée, et, s'il faut, dans la pratique, retenir les expé-

1. Glénard et Siraud, *Étude expérimentale sur les modifications de l'aspect physique et les rapports du foie cadavérique par les injections aqueuses dans les veines de cet organe* (*Lyon médical*, nos 23 à 28, juin-juillet 1895 ; *Revue des maladies de la nutrition*, 1895) ; — Glénard, *Études sur le foie et l'hépatisme*. Paris, 1895, 118 pages.

riences et les faits intéressants sur lesquels elle s'appuie, c'est parce qu'ils mesurent l'importance de la tension abdominale sous forme de pression de surcharge dans les indications thérapeutiques de l'entéroptose et son influence sur les troubles fonctionnels qui accompagnent l'entéroptose.

Quant au traitement de Schwerdt, décrit par Hernette, et qui consiste « à relever la pression abdominale, non pas en suppléant aux muscles par une ceinture, comme fait Glénard, mais en relevant le tonus musculaire par le traitement de la dépression du système nerveux (repos et suralimentation) et par l'exercice journalier des muscles de l'abdomen [1], ce traitement il faut le considérer comme tout à fait insuffisant. Il ne répond qu'à l'indication secondaire d'augmenter le tonus des muscles abdominaux, que, dans la pratique, le relèvement de la nutrition générale suffit à obtenir.

La thérapeutique de l'entéroptose doit rester le traitement pathogénique tel que l'a décrit Glénard, et consister à rétablir l'équilibre abdominal par la ceinture, les fonctions gastriques par le régime, les fonctions intestinales et hépatiques par les alcalins et les laxatifs. Tel est le trépied thérapeutique sur lequel doit reposer le traitement de l'entéroptose.

La *ceinture* peut être construite au gré de chaque médecin, à condition qu'elle soutienne et relève l'intestin. Nous pouvons recommander de la faire avec le tissu élastique qui entre dans la confection des bottines ; il doit être assez résistant. Cette sangle doit avoir 12 centimètres de hauteur pour les personnes qui ont moins de 80 centimètres de tour au niveau des épines iliaques antéro-supérieures et 14 et au delà, pour celles qui ont davantage.

1. Hernette, *loc. cit.*

Au niveau du pubis et en avant des épines iliaques le tissu est renforcé par deux ou trois baleines excessivement souples et uniquement destinées à empêcher la ceinture de se replier sur elle-même.

La sangle a comme longueur la circulaire passant au niveau des épines iliaques antéro-supérieures diminuée de 10 à 12 centimètres en raison de l'élasticité du tissu.

Au lieu des pattes et des boucles recommandées par Glénard, elle peut être fermée en arrière à la paresseuse au moyen de deux lacets qu'on serre à volouté, absolument comme un corset.

Elle se maintient en position grâce à des jarretelles qui la fixent aux bas, et s'applique très basse à partir du pubis.

Il faut bien se représenter, pour comprendre le mécanisme de l'action de la sangle, que son rôle n'est nullement de maintenir directement l'hépatoptose et la néphroptose, comme on le lui demande trop souvent. Son rôle capital est de maintenir la ptose importante, la ptose de l'intestin, celle qui constitue l'entéroptose. et la ceinture ne peut le faire que si elle est résistante et sangle l'hypogastre. C'est en soutenant et relevant l'abdomen qu'elle fait aux autres organes en ectopie, et particulièrement au rein, un coussin intestinal qui les soutient mieux que ne pourrait le faire l'action directe d'une ceinture expressément adaptée dans ce but.

Le mérite de ce modèle, c'est qu'il peut être confectionné partout et qu'il est très facilement accepté.

Cette ceinture peut très bien se mettre avec un corset, car, avec cette hauteur, elle soutient et relève le ventre sans modifier la taille, et je l'ai vu

accepter par des femmes qui faisaient beaucoup de toilette.

Il faut toutefois d'une part une sangle bien serrée et bien maintenue, et de l'autre un corset relativement lache. On évite ainsi que le corset contrecarre l'action de la ceinture.

La question des *laxatifs*, et en particulier du sulfate de soude à petites doses quotidiennes, sur lequel insistait tant Glénard dès ses premières publications, n'est pas davantage restée stationnaire.

Il y a quelques années l'antisepsie gastro-intestinale par les antiseptiques chimiques résumait presque la thérapeutique des voies digestives et avait pris la place de l'antisepsie traditionnelle par les laxatifs. A ce sujet nous écrivions dans notre première édition : « L'opinion de la science s'est déjà refaite sur la matière peccante. Il n'est pas douteux que, dans la suite, l'expérience ne laisse les antiseptiques intestinaux pour revenir à la médecine traditionnelle des laxatifs, du moins dans les affections de longue durée. »

Multa renascentur quæ jam cecidere.

Cette renaissance ne s'est pas fait longtemps attendre.

Lucas-Championnière le reconnaissait tout dernièrement dans les lignes qui suivent : « Les anciens savaient, ce que l'expérimentation moderne vient de vérifier, que l'antisepsie intestinale la plus parfaite résulte de la purgation... Le purgatif idéal est le sulfate de soude; c'est le purgatif le mieux supporté même par les intestins usés par la dysenterie »[1].

1. *Appendicite et typhlite. Traitement de l'engorgement et de l'infection intestinale par les purgatifs*, par Lucas-Championnière dans son Journal, mars 1897.

Il a fallu que l'expérimentation vienne confirmer la médecine traditionnelle pour que les esprits, qui en étaient détournés par l'application des doctrines nouvelles, reviennent aux sages et anciennes pratiques.

L'expérience et l'observation ont également eu raison du traitement des troubles hépatiques par l'antisepsie gastro-intestinale, et aujourd'hui avec les laxatifs et le régime, les *alcalins* constituent la thérapeutique de l'hépatisme et de la plupart des maladies de la nutrition. Cette évolution de la thérapeutique sous la pression de l'observation à l'encontre des théories régnantes mérite d'être signalée, car, mieux que tout argument, elle montre les solides fondements de la doctrine de l'hépatisme.

Elle est un heureux et suggestif contraste avec ce fait vraiment remarquable, parce qu'il est important à noter, que depuis les doctrines aussi fécondes que subversives de l'illustre Pasteur, bien plus que l'observation longue et attentive des faits, les conceptions pathogéniques décident et dirigent les méthodes thérapeutiques. Les esprits ne savent plus attendre la consécration pourtant si nécessaire de leurs idées par l'expérience et le temps, avant de les lancer dans le monde scientifique. Schwerdt fait de l'hypotension abdominale la clé de l'entéroptose, et aussitôt il fait table rase de la pratique et du traitement que Glénard a déduit d'une laborieuse et longue expérience, et publie une nouvelle thérapeutique pathogénique.

Gunsgburg base sur la même théorie de l'hypotension un tout autre traitement de l'entéroptose : ce traitement consiste à faire prendre aux malades trois fois par jour de la levure sèche, gros comme un pois ou un haricot, suivant l'effet produit. Sous

influence de la levure il se développe un météorisme modéré qui, d'après l'auteur, augmente la tension intra-abdominale et empêche une trop grande mobilité de tous les viscères abdominaux.

Nous croyons qu'il est plus clinique de renverser les rôles et il nous semble que de plus heureuses conclusions pratiques, à retenir de la théorie de Schwerdt et de ses savantes expériences sur la pression de surcharge, soient les suivantes :

1° L'importance que présente souvent, dans certains cas de déséquilibration abdominale, la restauration du périnée.

2° L'indication d'un pessaire, comme l'a montré Chéron[1] dans certaines formes où la ptose s'étend à l'utérus, formes qui ne sont pas rares chez les neurasthéniques et qu'il a décrites sous le nom d'*utéroptose* (*métroptose* de Glénard).

Ce sont deux moyens pratiques de combattre la pression de surcharge, et, comme le dit Schwerdt, la tension abdominale en est élevée d'autant, mieux les viscères sont tenus en place et moins ils pèsent sur le périnée[2].

Mais, hâtons-nous de le dire, il faut ne pas perdre de vue que l'atonie musculaire et secrétoire des organes digestifs comporte de formelles indications et que l'intervention mécanique n'est qu'un des éléments du traitement pathogénique de Glénard.

Le traitement chirurgical (rhaphies, pexies, ectomies) proposé contre les splanchnoptoses n'est aussi que l'application d'une vue théorique de l'esprit ; il ne donne, croyons-nous, des résultats sérieux et durables que lorsqu'il vient seconder le traitement

1. *Traitement de l'utéroptose*, par le Dr Chéron, in *Revue médico-chirurg. des maladies des femmes*, décembre 1896.
2. Schwerdt, *loc. cit.*

rationnel de l'entéroptose et, selon nous, [illegible] comme le pessaire et la restauration [illegible] non en augmentant la tension abdominale, mais [illegible] diminuant seulement la pression de surcha[illegible].

Ces interventions chirurgicales dans l'ent[illegible]ptose ne trouvent jamais leur indication que l[illegible] que le traitement pathogénique n'a pas d[illegible] résultats suffisants. Pour se conformer au [illegible]cepte : *Primo non nocere*, elles doivent toujours [illegible] tardives et d'autant plus réservées que les su[illegible] sont dans un état neurasthénique plus pronon[illegible] car, comme l'observe justement Chéron, chez [illegible] êtres aussi affaiblis que les neurasthéniques, une opération aussi brève et aussi bénigne qu'elle soit est toujours un nouveau facteur d'épuisement.

En résumé, le praticien doit se tenir en gard[e] contre les vues théoriques de l'esprit. C'est à ces conceptions que s'applique la parole profonde de Bossuet qu'Huchard rappelait naguère avec raison dans une causerie thérapeutique : « Le plus grand dérèglement de l'esprit, c'est de croire les choses parce qu'on veut qu'elles soient. »

En médecine surtout, il est bon, non seulement de ne pas aller trop vite, mais de savoir de temps en temps revenir en arrière.

L'histoire de l'entéroptose en donne déjà plusieurs exemples dans les variations de l'antisepsie gastro-intestinale, dans le traitement de Schwerdt, et le traitement chirurgical systématique des splanchnoptoses.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

TROISIÈME PARTIE

Traitement de l'Entéroptose en général

QUATRIÈME PARTIE

Observations et Traitement spécial des principales formes de l'entéroptose

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

TABLE ALPHABÉTIQUE

ANGERS, IMP. A. BURDIN ET Cie, 4, RUE GARNIER.

Le végétarisme et le régime végétarien rationnel, par le Dr BONNEJOY. Introduction par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. 1891, 1 vol. in-16, de 342 pages. 3 fr. 50

Etymologie et signification du mot végétarisme. — Caractères du végétarisme rationnel. — Le végétarisme devant le préjugé. — Populations végétariennes. — Antiquités du végétarisme. — Le végétarisme chrétien. — Le végétarisme égyptien. — Le végétarisme dans l'hagiographie. — La vie végétarienne anglaise. — Végétariens et nécrophages. — Le végétarisme dans l'avenir.

Hygiène de la première enfance. Guide des mères, pour l'allaitement, le sevrage et le choix de la nourrice, par le Dr E. BOUCHUT. *Huitième édition*, 1885, 1 vol. in-16, de 460 pages, avec 53 figures. . . . . 3 fr. 50

Régime de la femme enceinte. — Accidents de la grossesse. — Après la naissance. — Préliminaires de l'allaitement. — Allaitement maternel. — Du lait en général. — Du lait de femme. — Choix des nourrices. — Allaitement artificiel. — Allaitement par un animal. — Régime alimentaire des enfants. — Poids des nouveaux-nés. — Dentition. — Le sevrage. — Maladies de la nourrice. — Changement de nourrices. — Lois de la mortalité des enfants.

Le secret médical. Honoraires, mariages, assurances sur la vie, déclaration de naissance, expertises, témoignage, déclarations des causes de décès, etc., par le Dr P. BROUARDEL, membre de l'Institut, Doyen de la Faculté de médecine de Paris. *Deuxième édition.* 1893, 1 vol. in-16, de 282 pages . . . . 3 fr. 50

La question du secret médical soulève de redoutables problèmes. Il est des cas multiples où le médecin se trouve en présence de devoirs contradictoires et également respectables, et où sa conscience subit de rudes assauts. Doit-il se taire? Doit-il parler?

M. Brouardel, à qui ses fonctions de médecin légiste donnent, en la matière, une autorité particulière, vient, en un livre curieux, d'examiner quelques-uns de ces cas, en proposant des solutions qui puissent satisfaire la véritable morale.

Hygiène de la jeune fille, par A. CORIVEAUD. 1882. 1 vol. in-16, de 244 pages. . . . . 3 fr. 50

C'est pour les mères de famille que ce livre a été écrit : elles peuvent l'ouvrir sans crainte, certaines de n'y trouver que de sages et honnêtes conseils. L'auteur a toujours évité d'employer le mot technique dont la rudesse aurait pu effrayer des susceptibilités légitimes.

Il a pris la jeune fille à l'âge où elle n'est plus une enfant, où elle devient une grande fille et l'a conduite jusqu'au mariage. Il a indiqué les dangers que sa santé courait et les moyens de les éviter; après avoir rapidement esquissé les principales fonctions de l'organisme, il montre les inconvénients que pré-

dente le séjour des villes pour les jeunes filles, tant au point de vue physique qu'au point de vue moral.

Il a indiqué ce qu'il fallait faire, et ce qu'il fallait éviter sur ces graves sujets qui s'appellent le régime alimentaire, le vêtement, la gymnastique, le séjour à la campagne, les bains de mer — et ce qui tient une si grande place, dans l'existence de bien des jeunes filles, — les bals, les soirées, le théâtre. Enfin il a terminé par quelques considérations sur le mariage précoce, car à partir de ce moment la *jeune fille* va devenir *femme* et *mère*.

Le lendemain du mariage, étude d'hygiène, par le Dr CORIVEAUD. *Deuxième édition*. 1889, 1 vol. in-16, de 268 pages. . . . . 3 fr. 50

Ce petit livre est plein de choses instructives, s'adressant spécialement aux gens du monde, et puis il est fort bien écrit, ce qui ne gâte rien.

Avant, pendant et après le mariage, amour, union, maternité, telles sont les étapes que parcourt l'auteur; et chacun de ces temps ou modes, est étudié sous divers aspects : philosophie, histoire, hygiène, pathologie, thérapeutique, etc. Nous engageons nos lecteurs à lire ce livre et surtout à en recommander la lecture. Voici l'index des divers chapitres :

L'amour et le mariage. — La première nuit de noces. — Le voyage de noces. — La chambre à coucher. — Ovulation, fécondation, procréation. — Avant la naissance. — Hygiène de la jeune mère. — Le premier-né. — La première dent. — L'enfant malade, — La famille devant le mariage. — Le mariage, ce qu'il est, ce qu'il devrait être.

(*Journal de médecine de Bordeaux*).

La santé de nos enfants, par le Dr A. CORIVEAUD. 1890, 1 vol. in-16, de 288 pages . . . . 3 fr. 50

Hygiène de la première enfance. — Le régime alimentaire chez les nourrissons. — Le pesage. — Le sevrage. — Le bain. — Le vêtement. — La mortalité. — Les maladies infantiles et les préjugés populaires. — L'hérédité morbide et la renaissance physique.

Hygiène des familles, par le Dr A. CORIVEAUD. 1890, 1 vol. in-16, de 322 pages . . . . 3 fr. 50

Hygiène individuelle. — Hygiène alimentaire. — L'obésité et son régime. — Le diabète et son régime. — Hygiène de la bouche et de la vue. — La chaleur animale. — Remèdes et médicaments. — Les bains. — Le sommeil. — La suggestion mentale en wagon. — Les fous. — Hygiène sociale.

Les merveilles du corps humain, sa structure et son fonctionnement, par E. COUVREUR, chef des travaux de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon. 1889, 1 vol. in-16, de 368 pages, avec 120 fig. . . 3 fr. 50

En dehors des savants, ceux qui ont une connaissance exacte de la structure du corps humain et de la manière dont il fonc-

tionne sont assez rares. C'est pourtant là une connaissance primordiale. Mais tout le monde n'a pas les loisirs nécessaires pour étudier le corps de l'homme tant au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique.

L'étude de l'homme dans tous ses détails est longue et difficile, mais ces détails ne sont utiles qu'au petit nombre ; ce qui est indispensable à tous, ce sont des notions générales, représentant dans leurs grandes lignes les résultats auxquels on est arrivé dans l'état actuel de la science. Ce sont ces notions que M. Couvreur a réussi à mettre à la portée de tous.

Scènes de la vie médicale, par le Dr J. CYR. 1888, 1 vol. in-16, de 292 pages. . . . . 3 fr. 50

Mon premier accouchement. — Mon mariage. — Une consultation. — La vie médicale de petite ville. — Une bonne fortune. — Une conquête embarrassante. — Le choix d'une spécialité. — Histoire d'un médicament. — Prenez mon eau. — Un banquet médical. — La fondation d'un journal. — Un dîner chez le laryngologiste. — Variétés de consultants, etc.

Hygiène des gens du monde, par le Dr A. DONNÉ, recteur de l'Académie de Montpellier. *Deuxième édition*, 1878, 1 vol. in-16, de 448 pages. . . . . 3 fr. 50

Hygiène des âges. — Des saisons. — Exercice et voyage de santé. — Eaux minérales. — Bains de mer. — Hydrothérapie. — La fièvre. — Hygiène de la peau. — Des poumons. — Des dents. — De l'estomac. — Des fumeurs. — Des oreilles. — Des yeux. — Des femmes nerveuses. — La toilette et la mode.

L'hygiène à Paris, l'habitation du pauvre, par le docteur O. DU MESNIL, membre du Comité consultatif d'hygiène de France. Préface par J. Simon (de l'Institut). 1890, 1 vol. in-16 de 222 pages . . . . 3 fr. 50

Depuis bien longtemps, M. du Mesnil combat l'insalubrité du logement du pauvre. L'ouvrage d'aujourd'hui est une des étapes qu'il poursuit avec un dévouement obstiné, c'est un recueil de notes sur les principaux quartiers où se trouvent ces déplorables taudis, sur les améliorations obtenues et ce qu'il reste à faire. L'auteur établit la portée d'influence de l'habitation sur la mortalité, et expose les modifications qu'il faudrait introduire dans la législation sur la matière et dans le régime de la bienfaisance. C'est un document que liront avec intérêt tous ceux qui s'occupent de cette question toute d'actualité, l'habitation des classes ouvrières dont on comprend mieux que jamais l'importance au point de vue social.

(*Le mouvement hygiénique*).

L'art de prolonger la vie, par le Dr HUFELAND. 1881, 1 vol. in-16, de XIV-660 pages . . . . 3 fr. 50

Histoire de la macrobiotique. — Examen de la force vitale. — Durée de la vie des plantes. — Durée de la vie des animaux. — Durée de la vie humaine — Détermination du terme de la

vie. — Causes qui abrègent la vie. — Moyens de prolonger la vie.

Les maladies de l'enfance. Description et traitement homœopathique. par le Dr Marc JOUSSET. 1888, 1 vol. in-16, de 414 pages. . . . . 3 fr. 50

Maladies constitutionnelles. — Cachexie. — Fièvres. — Maladies épidémiques. — Névrose. — Maladies des âges. — Maladies parasitaires. — Maladies du système nerveux, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil génito-urinaire, de l'appareil locomoteur. — Maladies du tissu cellulaire de la peau. — Maladies des oreilles et des yeux.

Hygiène de la grossesse, par le Dr Ad. OLIVIER, chef de service des maladies des femmes et accouchements à la Policlinique de Paris. 1891, 1 vol. in-16, de 340 pages, avec 60 figures. . . . . 3 fr. 50

La grossesse imprime à l'organisme de la femme des modifications profondes. Parmi ces changements, les uns sont purement physiologiques, tandis que d'autres font partie du domaine de la pathologie. De là, la division adoptée par M. Ollivier dans son ouvrage. Dans une première partie, il traite de l'hygiène de la grosesse exempte de toute complication (Hygiène de l'habitation, Régime alimentaire, Exercices et voyages, Relations conjugales, Vêtements, Bains, Hydrothérapie et Injections, Soins à donner aux seins).

Dans la deuxième, il passe en revue les différents phénomènes pathologiques et en indique le traitement (Troubles des appareils, digestifs respiratoire, circulatoire, urinaire; inflammation des organes génitaux, Troubles nerveux, Maladies de la peau, Abcès du sein, Douleurs abdominales, utérines et articulaires; Hémorrhagies, fausse couche.

La vie du soldat au point de vue de l'hygiène, par le Dr RAVENEZ, médecin-major à l'Ecole de cavalerie de Saumur. 1889, 1 vol. in-16 de 375 pages, avec 55 figures . . . . 3 fr. 50

Recrutement militaire. — Incorporation. — Alimentation. — Habitation du soldat. — Habillement du soldat. — Equipement. — Charge du soldat. — Éducation intellectuelle et physique du soldat. — Service de santé de l'armée. — Hygiène de guerre.

Hygiène de l'esprit, par J.-H. RÉVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie de médecine. Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux intellectuels, gens de lettres, artistes, savants, hommes d'Etat. jurisconsultes, administrateurs, etc. 1880, 1 vol. in-16 de 435 pages. . . . . 3 fr. 50

Trop souvent malheureusement, les hommes d'étude sont mal servis par leur santé; trop souvent aussi ils la compro-

mettent par l'excès de leur travail. Ils trouveront dans ce livre de sages préceptes qui les aideront à conserver leur santé. La première partie de l'ouvrage est consacrée à la physiologie, ou aux phénomènes de la vie à l'état de santé.

La deuxième, à la pathologie, ou aux phénomènes de la vie pendant l'état de maladie.

Cet ouvrage est écrit d'un style clair et imaginé. On y trouve des remarques fines et profondes qui dénotent non seulement un observateur attentif, mais un penseur et un philosophe.

Le surmenage intellectuel et les exercices physiques, par le Dr A. RIANT. 1889, 1 vol. in-16, de 312 p. 3 fr. 50

Surmenage intellectuel des enfants et des adolescents : écoliers, élèves, étudiants. — Surmenage et surmenés. — Causes du surmenage, — Effets. — Remèdes. — Surmenage intellectuel des adultes : hommes de lettres, savants, professeurs, artistes. — Caractères et conséquences. — Faut-il s'user ou se rouiller?

Le lait, par le Dr Jules ROUVIER, professeur à la Faculté française de Beyrouth. Préface du Dr BUDIN. 1892, 1 vol. in-16, de 350 pages, avec fig. . 3 fr. 50

Composition physiologique et pathologique du lait : Caractères physiques et chimiques, examen et dosage — Falsifications, mouillage, écrémage, recherches des substances étrangères. — Influences physiologiques : individuelles, alimentaires, médicamenteuses. — Influences des organes de la génération. — Influences pathologiques : impressions morales, diathèses et maladies chroniques, maladies aiguës et infectieuses; affections des mamelles.

Modifications du lait au contact de l'atmosphère : Germes de maladies déposés accidentellement dans le lait. — Microorganismes développés accidentellement dans le lait.

Prophylaxie des accidents dus aux laits altérés : Surveillance et organisation des vacheries et laiteries. — Conservation et stérilisation du lait.

Microbes et maladies, par J. SCHMITT, professeur à la Faculté de médecine de Nancy., 1886, 1 vol. in-16, de 300 pages avec 24 figures. . . . . 3 fr. 50

L'ouvrage que M. Schmitt a consacré à l'histoire des microbes et à l'étude de leur rôle pathogénique ne laisse rien à désirer au point de vue de la clarté, et les gens du monde qui ont le désir légitime de se familiariser avec les questions scientifiques modernes le liront avec profit. (*Revue scientifique*).

La dyspepsie, causes, régime et traitement, par H. BACHELET. 1892. 1 vol. in-16. de 381 pages. 3 fr. 50

Pathologie. — Siège de la dyspepsie ilio-cœcale. — Age. — Sexe et profession. — Etiologie. — Forme. — Symptomatologie. — Etat chronique. — Fréquence et durée. — Diagnostic. — Pronostic. — Préliminaire du traitement. — Traitement. — Clinique. — Etat aigu. — Etat chronique.

PRÉCIS D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Par le Dr BEDOIN

Médecin-major de 1re classe, Membre de la Société de Médecine publique et d'Hygièue professionnelle

Préface par M. le Professeur P. BROUARDEL

Doyeu de la Faculté de Médecine de Paris

Président du Comité consultatif d'hygiène publique de France

1 vol. in-16 de 333 p., avec 70 fig., cartonné............. 5 fr.

Ce volume fait partie de la *Bibliothèque du médecin praticien.*

Extrait de la Préface : Le livre que M. Bedoin présente au public médical rendra les plus grands services aux élèves et plus encore aux médecins que consulte l'administration. Les découvertes récentes out permis de renouveler, souvent de simplifier bien des mesures prises par des règlements dont quelques-uns sont surannés. D'autres moyens, dont la valeur n'est encore sanctionnée par aucuu arrêté administratif, sont connus. Le médecin engagé dans le labeur journalier du praticien ne sait où trouver, résumées, les conclusions adoptées par l'Académie de Médecine, le Comité ou les Conseils d'hygiène. C'est pour lui uue difficulté presque insurmontable. Dans un style d'une clarté parfaite, M. Bedoin s'est chargé de condenser tout ce qui est défiuitivement établi. Quand un poiut reste à l'étude, il le dit, ne prend pas parti, expose les faits : la coucluslon viendra plus tard.

Je crois pour ma part qu'il était impossible de faire plus simplement un travail aussi utile. Je ne doute pas que les lecteurs ne partagent cet avis.

Les médecins sont souvent obligés de fournir presque sans délai à l'administration une réponse sur une question d'hygiène; ils hésitent actuellement, ne pouvant, en quelques heures, trouver les documents disséminés dans les recueils scientifiques et administratifs ; leur conscieuce sera rassurée, car ils trouveront dans ce *Précis* les conclusions qui prévalent aujourd'hui. Je peuse qu'après l'avoir lu, bien des médecins garderout ce livre à la portée de leur main.

Professeur P. BROUARDEL.

Extrait de l'Avant-propos de l'auteur : Il nous semble utile de *vulgariser* des notions encore trop peu répandues en dehors des personnes qui s'occupent *professionnellement* d'hygiène générale, et à la seule portée desquelles, par état, se trouvent les récents *traités* classiques, comme aussi les ouvrages scientifiques proprement dits.

Nous avons eu spécialement en vue les divers Conseils, Comités et Commissions d'hygiène ou de salubrité publique de province, généralement mal au courant de toutes ces questions, ainsi que ceux des professeurs de l'enseignement secondaire auxquels le plan d'études du 12 août 1890 prescrit des conférences d'hygiène.

Tel est le but de ce *Précis*, que nous avons tenu à mettre soigueusement à jour en y indiquant les dernières acquisitions de la science.

Envoi franco contre un mandat sur la poste.

ANGERS, IMP. BURDIN ET Cie, 4, RUE GARNIER (1893).

BACHELET. — **La dyspepsie** [illegible] résumé [illegible] in-8 de 38 pages (*Biblio*[illegible] *mé*[illegible])

[illegible] — **Étude pratique sur les dyspepsies** [illegible]

[illegible] — **Du nervosisme aigü et chronique** [illegible] nerveuses. 2e *édition*. 1 vol. in-8 de 650 pag[illegible]

[illegible] (H.). — **Traité des maladies de l'estomac** [illegible] in-8 . . . .

[illegible] ET DEVIC. — **La Dyspepsie par hypersé**[illegible] [illegible] die de Reichmann). 1892, 1 vol. in-8 .

[illegible] — **Nervosisme et névroses.** Hygiène [illegible] névropathes. 2e *édition*. 1892, 1 vol. in-16 d[illegible]

[illegible] (Jules). — **Traité pratique des maladies du foie** [illegible]

[illegible]. — **Traité pratique des maladies du foie des vaisseaux hépatiques et des voies biliaires**, par F[illegible] [illegible] à l'Université de Berlin, traduit par [illegible] 3e *édition*. 1 vol. [illegible] pages avec 138 figures [illegible]

[illegible]ET (H.). **Formulaire des régimes alimentaires.** [illegible] cartonné . . . .

[illegible]S. — **Mémoires d'un estomac** 1 vol. in-16 de 15[illegible] pages

[illegible]LOPEAU. — **Traité élémentaire de pathologie générale** [illegible] prenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par [illegible] [illegible]LOPEAU, professeur agrégé à la Faculté [illegible] [illegible]3, 1 vol. in-8 [illegible] pages avec [illegible] figures [illegible] [illegible]es . . . .

LAVERAN (A.) et TEISSIER. — **Nouveaux éléments de pathologie médicale**, par A. LAVERAN, professeur à [illegible] et J. TEISSIER, professeur [illegible] 2 vol. in-8 [illegible]

[illegible] — **Traité d'hygiène publique** [illegible]

MATHIEU (Marc). — **Du cancer précoce de l'estomac.** [illegible] in-8 [illegible] pages. . . . .

PERRET [illegible] — **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** [illegible] [illegible] xv[illegible] pages . . . . . .

[illegible] — **Microbes** [illegible], 1 vol. in-1[illegible]

[illegible] — **La grippe influenza** étiologie, pathogénie [illegible] [illegible] 1890, 1 vol. in-8 de 200 pages

— **L'influenza de 1889-1890** en Russie. [illegible] [illegible] . . . .

TROUSSEAU. — **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** [illegible] Michel PETER. [illegible] vol. in-8 . . . .



